

Atti iconografia della salute 2020

Curatori

Antonio Maconi¹, Mariasilvia Como¹, Mariateresa Dacquino¹, Elena Franco², Roberta Lombardi³, Alessandro Provera⁴, Patrizia Santinon¹, Federica Viazzi¹

¹ *Dipartimento Attività Integrate Ricerca e Innovazione Azienda Ospedaliera Santi Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria*

² *Architetto e fotografa, ideatrice del Progetto fotografico "Hospitalia"*

³ *Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale*

⁴ *Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano*

ABSTRACT

Il primo Festival delle Medical Humanities intitolato 'Iconografia della Salute' si è svolto nell'anno della pandemia da Covid 19: non è un caso se moltissimi degli aspetti che sono stati affrontati, se non tutti, sono stati 'moltiplicati' nella opinione pubblica, che si è trovata non solo ad affrontare in modo massiccio la presenza della patologia sui media, ma una vera e propria infodemia.

Come Centro Studi abbiamo voluto fortemente organizzare un festival per avviare una riflessione condivisa con interlocutori che trattano questi argomenti a livello internazionale, portando così da una parte la loro rilevante esperienza e dall'altra rafforzando il nostro percorso.

Vista l'alta qualità dei contributi, abbiamo voluto lasciarne una traccia scritta raccolta qui di seguito come base di riflessione per il futuro.

RAZIONALE DEL FESTIVAL EDIZIONE 2020

Oggi in 24 ore un'immagine definisce un'emozione: siamo così immersi in questa cultura da non renderci quasi conto che la vita viene raccontata, trasportata e fissata attraverso i nostri smartphone. Una società nella quale fatti ambientali, fatti medici e fatti sociali continuano ad essere strettamente intrecciati come la storia ci ricorda e di cui l'emergenza Covid ne è ultima manifestazione. Ecco perché il titolo dedicato alla Iconografia della salute, intesa come rappresentazione di ogni forma che contribuisce a incidere nella società.

La cultura modella la malattia, la diagnosi e la terapia, la percezione del paziente, l'attività del medico. Come il paziente vede la malattia? Quali parole, quali emozioni sono coinvolte, quali parole sono usate per rappresentare quel rapporto così difficile tra il fruitore dei servizi sanitari e gli operatori che questo servizio realizzano? Come la persona vive il rapporto con la malattia e con l'ambiente che

la circonda? Un rapporto costruito su tre elementi: paziente, medico e cura che chiama in causa ognuno di noi, poiché per ognuno è possibile dire “de te fabula narratur” (Orazio, Satire, I, 1-69-70, “è di te che si parla in questa storia”).

L’essere pazienti, infatti, non è solo un habitus che transitoriamente possiamo indossare, ma è – più a fondo – un’evenienza che appartiene alla dimensione del nostro vivere, in quanto esseri mortali e per ciò stesso vulnerabili.

La vexata quaestio del rapporto medico-paziente, nel suo divenire storico-sociale, porta a ridefinire i fini della medicina, i concetti di malattia e sofferenza e del modo stesso di intendere la vita.

La medicina muta il suo volto col mutare della nostra idea di salute e cura, a sua volta influenzata dalla percezione di potenziamento degli strumenti messi a disposizione dal progresso scientifico degli studi e delle sue applicazioni. E di conseguenza della sua rappresentazione.

In questo scenario si inseriscono le Medical Humanities, che attraverso l’interconnessione di tutte quelle scienze che dialogano con gli aspetti clinici delle cure rendono “la medicina la più umana delle scienze, la più empirica delle arti e la più scientifica delle humanities”, secondo la definizione che ne dava il suo fondatore Edmund Pellegrino.

Questo appuntamento intende approfondire i numerosi aspetti collegati alla persona e alla malattia, con un occhio di riguardo alle patologie ambientali, per le quali l’Azienda Ospedaliera di Alessandria sta perseguendo un percorso di riconoscimento a Irccs. Ma anche verso tutti gli aspetti di ascolto, cura e norma che contraddistinguono le discipline che rientrano nell’ampio spettro delle Medical Humanities.

Tutto questo viene sempre più “reso visibile” agli occhi di un pubblico che fruitrice di un “insieme di rappresentazioni figurative” anche nell’ambito della salute.

ELENCO DEGLI AUTORI

Barbato , Roberto <i>pro Rettore Università degli Studi del Piemonte Orientale</i>	4
Barbetta , Pietro <i>direttore Centro Milanese di Terapia della Famiglia, professore Psicologia Dinamica, Università degli studi di Bergamo</i>	26
Barbierato , Antonella <i>coordinatore infermieristico Cardiologia AO AL</i>	19
Bartoletti , Luigi <i>direttore Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASL AL (Ser.D)</i>	28
Bellomo , Giorgio <i>UPO Alumni</i>	13
Brigoni , Patrizia <i>direttore Biblioteca Virtuale per la Salute del Piemonte</i>	19
Buzio , Aldo <i>Spazio Kor</i>	49
Catino , Maurizio <i>professore Università di Milano Bicocca - NewYork University</i>	52
Centini , Giacomo <i>direttore generale AOAL</i>	4

Cercato , Mariacecilia <i>epidemiologo e oncologo IFO-Istituto Nazionale Tumori Regina Elena -Istituto Dermatologico San Gallicano</i>	28
Dameri , Annalisa <i>professore associato Dipartimento di Architettura e Design Politecnico di Torino</i>	31
Demuro , Gianmario <i>professore Università degli Studi di Cagliari</i>	61
Forti , Gabrio <i>professore Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	52
Franco , Elena <i>architetto e fotografa, ideatrice del Progetto fotografico "Hospitalia"</i>	45
Galimberti , Paolo <i>dirigente responsabile Beni Culturali - Ospedale Maggiore Policlinico di Milano</i>	45
Gastini , Lele <i>illustratore</i>	13
Lombardi , Roberta <i>professore di Diritto amministrativo Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale</i>	5
Macciò , Sergio <i>medico e autore del libro "Diario di bordo"</i>	13
Maconi , Antonio <i>Presidente Centro Studi Medical Humanities Cura e Comunità</i>	4
Mogliotti , Gianfranco <i>vincitore del concorso di Medicina Narrativa "Racconto la mia cura"</i>	22
Novelli , Francesco <i>Politecnico di Torino</i>	49
Panaro , Luca <i>critico d'arte, docente all'Accademia di Brera</i>	8
Pepoli , Antonio <i>psicologo AO AL</i>	19
Pesce , Claudio <i>architetto e presidente Associazione Amici Biblioteca Ospedale Alessandria</i>	31
Ponzanelli , Giulio <i>professore Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	52
Provera , Alessandro <i>avvocato Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano</i>	64
Rosboch , Michele <i>presidente IRES Piemonte</i>	5
Salce , Lorella <i>responsabile Ufficio Stampa & Relazioni Esterne IFO-Istituto Nazionale Tumori Regina Elena-Istituto Dermatologico San Gallicano</i>	28
Santini , Fabrizia <i>professore Università del Piemonte Orientale</i>	63
Spinsanti , Sandro <i>fondatore e direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities e il Management in sanità</i>	22
Zingarelli , Marzia <i>pianista, docente di Pratica della lettura vocale e pianistica, docente di Musicoterapia Conservatorio "Vivaldi" di Alessandria</i>	26

Lavori della GIORNATA DEDICATA ALLA “RAPPRESENTAZIONE DELLA SALUTE”

Presentazione e saluti

Giacomo Centini,
direttore generale AOAL

Siamo molto orgogliosi di lanciare questa iniziativa. La nostra Azienda Ospedaliera, insieme al Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche, Economiche e Sociali dell'Università del Piemonte Orientale, stanno cercando di contribuire in maniera significativa allo sviluppo e all'integrazione di tutte le discipline che si fanno carico della persona che viene curata, quindi non più un paziente che attende ma da una parte una persona con tutta la sua dignità e dall'altra una cura personalizzata che tiene conto della complessità e delle sfumature del percorso di cura e di vita di ciascun paziente.

Questo Festival è per noi un modo per approfondire i numerosi aspetti collegati alla persona e alla malattia, con un occhio di riguardo alle patologie ambientali, per le quali l'AO AL sta perseguendo un percorso di riconoscimento a Irccs.

La cultura modella la malattia, la diagnosi e la terapia, la percezione del paziente, l'attività del medico. Le quattro giornate sono state suddivise in argomenti che rappresentano i vari aspetti affrontati dalle Medical Humanities: dalla “rappresentazione della salute” alla “narrazione della salute”, avremo poi un focus sui “percorsi della salute”, con un approfondimento sulle architetture gardelliane e un excursus sulla filantropia, e concluderemo gli appuntamenti con un tema davvero attuale, ovvero il rapporto tra “scienza medica, diritto e salute”.

Promotore del Festival è il “Centro Studi Cura e Comunità per le Medical Humanities”, con sede operativa presso il Centro Documentazione dell'Azienda Ospedaliera e diretto da Antonio Maconi, Direttore dell'Infrastruttura Ricerca Formazione Innovazione. La missione del Centro Studi è l'approfondimento degli studi delle Medical Humanities, un complesso movimento culturale che coinvolge numerose discipline, tra cui per citarne alcune la filosofia, la teologia, la storia, l'antropologia, la sociologia, la psicologia, la comunicazione, l'economia, il diritto e le scienze politiche, le scienze ambientali e l'ecologia, le scienze delle costruzioni, la letteratura e le arti visive.

Il Centro favorisce l'integrazione di queste discipline con la medicina basata sull'evidenza, allo scopo di una migliore sintesi tra numeri e parole, statistiche e storie, biologia e biografia, per trovare punti di contatto e di sinergia.

Per la nostra Azienda e per il percorso che stiamo costruendo, è davvero un fiore all'occhiello.

Roberto Barbato,

pro Rettore Università degli Studi
del Piemonte Orientale

Il titolo del Festival è dedicato alla Iconografia della salute, intesa come rappresentazione di ogni forma che contribuisce a incidere nella società. Una società nella quale fatti ambientali, fatti medici e fatti sociali continuano ad essere strettamente intrecciati, come la storia ci ricorda, e di cui l'emergenza Covid ne è ultima manifestazione. L'Università è lieta di aderire a questa iniziativa che si dipana attraverso numerosi argomenti che saranno trattati e di essere tra i partner del percorso verso l'IRCCS che l'Azienda Ospedaliera sta realizzando: un progetto stimolante e di risposta alla tragedia dell'amianto, accanto alla consolidata collaborazione con l'Università.

La sinergia sempre più forte tra Ospedale e Università testimoniata anche da questo Festival, è finalizzata alla produzione di un positivo impatto sul territorio in termini di cultura e di cura, intesa come risposta ai bisogni dei pazienti.

Antonio Maconi, Presidente
Centro Studi Medical Humanities
Cura e Comunità

Questo primo Festival delle Medical Humanities è molto importante innanzitutto per l'Azienda e il Centro Studi perché ci permette di presentare l'attività svolta e darle una dimensione, un contenuto più ordinato e poi perché l'umanizzazione delle cure e le discipline correlate sono oggetto di studio e discussione da quasi un secolo, se non da quando è nata la medicina. Perché tutto questo interesse? Perché è un arricchimento, una crescita di quella che è l'attività del medico, dell'infermiere e dei sanitari in generale nei confronti dei pazienti. Un elemento fondamentale che mi fa piacere sottolineare è che tutta questa mole di attività ha sempre al centro il paziente, il miglioramento del rapporto tra paziente e sanitario, il miglioramento delle prestazioni offerte e il miglioramento del contesto in cui si svolgono.

Per questo festival non poteva essere scelto un titolo più azzeccato. La rappresentazione della malattia, quindi la comunicazione della malattia, credo che sia uno dei temi più eclatanti che sono emersi in questo anno con la grande pandemia del Covid-19 che ha stravolto il mondo intero.

Se ci fermiamo a riflettere, questa pandemia ha introdotto alcune novità assolute. Innanzitutto, la comunicazione è diventata protagonista quasi quanto le cure, quasi quanto le attività svolte all'interno degli ospedali, negli ambulatori e nei distretti in cui si cerca di prevenire, tracciare e identificare la malattia.

Attraverso la comunicazione sono stati dati i messaggi più importanti da parte degli organi di governo a tutti i vari livelli, dall'OMS alle realtà locali, fino ai piccoli comuni. La battaglia si è giocata su tanti livelli, ma sicuramente la comunicazione è uno di questi e anche molto rilevante.

Se facciamo un passo indietro e ripensiamo all'ultima grande pandemia, la Spagnola negli anni Venti dello scorso secolo, forse questa è stata una grandissima differenza anche in positivo perché la velocità della comunicazione e la velocità dei

messaggi hanno permesso degli interventi più rapidi, più precisi e un coinvolgimento maggiore di tutta la popolazione nella propria globalità.

Di questo e di altri temi parleremo in questi quattro giorni. Senza dubbio non può e non deve essere un programma esaustivo, perché noi sappiamo che alle Medical Humanities si possono ascrivere moltissime materie, quasi tutte le materie dello scibile umano che vengono coinvolte nella cura del paziente. Punteremo su alcuni temi specifici, ma sono convinto che, come ho detto all'inizio della mia presentazione, questo è un punto di partenza su cui poi costruire di più circa l'arricchimento culturale e organizzativo del Centro Studi e per far sì che Alessandria possa essere un punto di riferimento nel panorama nazionale su questo importante argomento.

Concludendo mi corre l'obbligo e il piacere di ringraziare innanzitutto il Direttore dell'Azienda Ospedaliera, il Dr. Giacomo Centini, che ha sempre supportato, fin dal suo arrivo, questo tipo di attività già presente nella nostra Azienda su vari livelli da diversi lustri, poi i nostri collaboratori a partire dalla Direttrice della Biblioteca, Dr.ssa Dacquino, la Dr.ssa Viazzi e la Dr.ssa Como che sinceramente hanno dato una grandissima spinta a tutta l'attività, nonché all'organizzazione di questo Festival. Un grazie di cuore anche alla Prof.ssa Lombardi dell'Università del Piemonte Orientale che ha sposato con convinzione questo percorso e già nel corso di questi anni ha organizzato diversi incontri e convegni sull'argomento. Sono sicuro che alla fine di questi quattro giorni tutti usciremo arricchiti, grazie agli interventi di alcuni tra i più importanti esponenti nazionali della materia.

Roberta Lombardi, professore di Diritto amministrativo Dipartimento di Giurisprudenza, Scienze Politiche, Economiche e Sociali, Università del Piemonte Orientale

Perché abbiamo pensato ad un Festival? Ma perché "festival" è sinonimo di socialità, di comunicazione e devo dire che mi fa molto piacere che si sia deciso di mettere al centro di questo evento il tema del rapporto medico/paziente così come viene vissuto nel suo rapporto con la società, con la storia.

Che cosa sono le Medical Humanities? Sono una disciplina ancora poco nota a livello scientifico, qui in Europa, che sviluppa un'idea di cura che ha che fare con l'apporto delle scienze umanistiche accanto a quelle cliniche nei percorsi di guarigione del malato.

Credo che forse più delle mie parole sia il programma dello stesso Festival a dirci in che cosa consistono queste scienze, perché diverse sono le prospettive nelle quali viene analizzato il rapporto tra medico e paziente.

Abbiamo una giornata iniziale che mette al centro dell'attenzione il rapporto tra Umanesimo e Scienze, quindi con un approccio storico/giuridico. La seconda giornata invece riguarda le narrazioni e si concentra sulle arti della comunicazione, della scrittura, ma anche della pittura, come me-

todi che possono aiutare il percorso di cura del paziente. La terza giornata prosegue poi con un approfondimento sull'architettura per evidenziare come i luoghi di cura del corpo sono stati sovrapposti spesso a quelli dello spirito, per la funzionalità con cui sono stati pensati e creati per accogliere i malati, malati che in quelle mura spesso hanno dovuto esprimere il loro dolore. Si concluderà poi con la giornata a me più cara, perché sono giurista, e infatti metterò al centro il rapporto tra scienza medica e diritto con un'attenzione particolare a un tema molto importante, cioè quello della responsabilità del medico.

**Mariateresa Dacquino,
Dirigente Comunicazione e
Biblioteca Biomedica IRFI AOAL**

Benvenuti a questo primo Festival delle Medical Humanities organizzato dall'Azienda Ospedaliera di Alessandria in collaborazione con l'Università del Piemonte Orientale e con il Centro Studi per le Medical Humanities e intitolato "Iconografia della Salute" e grazie a tutti coloro che ci stanno seguendo.

La scelta di questo titolo così accattivante sarà illustrata dai relatori che verranno dopo di me, ma per prima cosa, a nome del gruppo di lavoro del Centro Studi che è composto da Antonio Maconi, Roberta Lombardi, Mariasilvia Como, Elena Franco, Alessandro Provera, Patrizia Santinon e Federica Viazzi vorrei ringraziare tutti gli ospiti che hanno aderito a questa nostra 'sfida' in questo evento virtuale che abbiamo fortemente voluto e organizzato. Anche alla luce di quello che è successo nei mesi scorsi, per noi è una soddisfazione presentare questo grande momento e occasione per riflettere sulle Medical Humanities attraverso l'articolazione dei lavori di queste quattro giornate che ci consentiranno di approfondire molteplici aspetti che afferiscono alle Medical Humanities.

**Scienza e Umanesimo:
intermediazione**

**Michele Rosboch,
presidente IRES Piemonte**

Il tema che mi è stato affidato è "Scienza e Umanesimo: intermediazione" ed è proprio attorno a quest'ultima parola, intermediazione, che vorrei far ruotare alcune delle mie riflessioni.

Io sono un giurista e in particolare uno storico del diritto e delle istituzioni e quindi generalmente affronto il tema dell'intermediazione e disintermediazione dal punto di vista dell'interazione fra le istituzioni, private e pubbliche, fra le realtà comunitarie e l'individuo e fra l'individuo e lo Stato. Tuttavia, certamente questi assetti istituzionali sono profondamente condizionati da quella che è l'evoluzione della storia delle idee e a loro volta poi l'assetto pubblico, l'assetto istituzionale e l'assetto giuridico condizionano il divenire e il farsi del pensiero. Pertanto questo tema, "scienza e umanesimo", ha a che fare con il modo di essere delle istituzioni in cui si esercita la dimensione

sapientiale della scienza a livello del metodo scientifico e a livello dell'umanesimo, ma anche con le relazioni che nella storia, e anche oggi, vi sono fra scienza e umanesimo. Credo che ci siano quindi due livelli di intermediazione: il primo è fra l'evoluzione scientifica è l'evoluzione umanistica, mentre il secondo è quello dell'intermediazione e della interazione fra le istituzioni. Da questo punto di vista vi è un'istituzione base da prendere in considerazione, ovvero l'Università. Se noi pensiamo alla nascita della scienza e dell'argomentazione sensibile alle varie discipline quali la filosofia, la teologia, il diritto e la stessa medicina, dobbiamo infatti necessariamente pensare all'Università. L'Università medievale, così come nasce prima a Bologna, poi a Parigi e in seguito in altre sedi come Salerno, vedeva il sapere come unitario. Vi erano quindi frequenti interazioni tra i diversi saperi e anzi è proprio l'Università medievale che sottrae la disciplina medica all'arte poco scientifica della mera prassi, consegnandola alla riflessione della ragione umana. Si può dire che questa istituzione avesse proprio un senso di unità: pensiamo alle grandi scuole bolognesi del diritto, alle scuole parigine della filosofia e della deontologia secondo le quali l'Università indicava una tensione comune verso l'uno, verso la verità, verso la conoscenza della totalità dei fattori che riguardano la vita dell'uomo. Da questo punto di vista, quindi, la stessa nascita dell'Università indica nella cultura europea la stretta correlazione fra le diverse discipline che animano la ragione umana. In secondo luogo, la nascita dell'Università indica anche la stretta correlazione tra la teoria e la prassi, tra l'analisi della realtà fattuale e sociale - basti pensare al fenomeno fondamentale in diritto della consuetudine - e la riflessione più teorica operata dalle scuole dei giuristi, così come dai filosofi, dai teologi e anche da coloro che esercitano l'arte medica.

La nascita dell'Università, pertanto, tende a correlare non soltanto le diverse discipline, ma anche la teoria e la prassi: pensiamo al fatto che anche le arti pratiche, per quanto riguarda il diritto per esempio commerciale, fanno parte della riflessione delle Università e dei giuristi. In contemporanea a questa evoluzione dell'Università, si sviluppano anche diverse istituzioni come i primi ospedali, a grandi linee coevi all'Università sia come collocazione geografica (Italia centrale) sia come filosofia. Tali istituzioni sono infatti frutto dell'auto-organizzazione della società. Ed ecco qui un'altra intermediazione: tra le istituzioni pubbliche e il singolo si creano delle aggregazioni che, in questo caso, sono e diventano dei luoghi di cura. La nascita dell'Università rappresenta quindi la nascita del tentativo di costruire un pensiero compiuto che ha certamente delle diverse ramificazioni, di cui anche l'arte medica fa parte, ma che in sostanza tende all'unità. È evidente in questo senso che nella cultura medievale hanno un ruolo importante anche le due istituzioni che conservano l'unità politica e religiosa dell'Europa, ovvero l'Impero e la Chiesa, che esercitano una sorta di grande tutela e garanzia di questa unità. Bisogna dire che la modernità vede poi il tentativo di operare delle sintesi ulteriori. Quando assistiamo al venir meno dell'unità politica europea,

alla prima frammentazione culturale e istituzionale dell'Europa fra 1300 e 1400 e poi con il 1500 alla nascita degli stati nazionali, la stessa riforma religiosa vede una frammentazione del tessuto connettivo dell'Europa. Continuiamo però ad avere delle significative sintesi a livello del pensiero che mettono insieme la scienza e l'umanesimo: basti pensare alla grande figura di Pico Della Mirandola, all'opera della Seconda Scolastica che risponde per esempio all'esigenza di ampliare anche al Nuovo Mondo quelle che sono le conoscenze acquisite nell'elaborazione delle Università fra Medioevo e prima epoca moderna. Questi tentativi di sintesi ulteriore enfatizzano la centralità dell'uomo. Qual è infatti il vero mediatore fra la scienza e l'umanesimo? L'uomo, cioè la definizione dell'uomo come finalità. Lo stesso diritto si dice che sia costruito *hominum causa*, ma anche le scienze della natura hanno questa fondamentale dimensione umanistica. Una dimensione umanistica potente che hanno anche coloro che mutano la rotta come Cartesio e Pascal che sono al contempo grandi pensatori, uomini di fede e anche uomini di scienza, capaci di esercitare pienamente il magistero in tutte le discipline e in tutte le diverse branche del sapere. È come se un filo rosso, una radiazione di fondo di questa unitarietà del sapere si mantenga in Europa nonostante entrino in crisi l'unità politica, l'unità culturale e l'unità religiosa. Vi è un testo di qualche decennio fa che si intitola *La crisi della coscienza europea*, scritto dal grande studioso Paul Hazard, che fa vedere molto bene come questa crisi della coscienza europea e quindi l'incapacità dell'Europa di pensare nuovamente e in modo nuovo a sé stessa avvenga fra la fine del Seicento e l'inizio del Settecento e coincida anche con la crisi dell'unità del sapere. È come se venisse meno questa tendenza, questo tentativo di tenere pulite le discipline.

La modernità compiuta, soprattutto dopo la Rivoluzione Francese, vede invece acuirsi quello che può essere un conflitto fra la scienza e l'umanesimo: la prevalenza da un lato della dimensione idealistica, come la filosofia dello spirito, e dall'altro delle filosofie materialistiche, nonché la prevalenza della dimensione economica rispetto alle dimensioni sociali, filosofiche e spirituali.

Anche la stessa organizzazione del sapere universitario si riorganizza, ponendo sostanzialmente in contrasto quelle che sono le argomentazioni delle scienze umane rispetto alle argomentazioni delle scienze cosiddette "sperimentali". Questa è una distinzione teoricamente fissata che, seppur in crisi, si mantiene anche nella nostra organizzazione. La differenza fra scienze dure e scienze umane è infatti una definizione molto forte. Ma proprio l'evoluzione della scienza, della scienza dell'uomo e in particolare della scienza medica, ha fatto vedere come la possibilità di ricostruire un'armonia, una nuova mediazione fra queste due dimensioni stia proprio nell'attenzione all'uomo e nella sua integralità.

Il XX secolo è un'epoca di grandi ripensamenti per quanto concerne la necessità di ricostruire l'unità del sapere. Basti pensare alla riflessione sul concetto di infinito che è stata compiuta in parallelo dai matematici, dai fisici, dai filosofi e anche

dalla scienza delle religioni. Qui le diverse discipline necessariamente si intersecano perché qualunque riflessione ha bisogno della logica e qualunque riflessione scientifica ha sempre bisogno del fattore umano, cioè della capacità dell'uomo di districarsi non solo fra le diverse teorie ma anche fra i diversi dati fattuali. Ed ecco quindi un'altra mediazione necessaria: fra le varie discipline vi sono comunità di ricercatori, non soltanto più singoli ricercatori, seppur geniali. Oggi si può quindi nuovamente registrare, proprio nel tornante dei nostri tempi, un dialogo fecondo fra la scienza e l'umanesimo. Faccio due esempi: uno è il convegno di oggi, dove anche si tiene conto della dimensione specificamente estetica di cui c'è tanto bisogno; un'altra esperienza positiva è il progetto Scienza Nuova, avviato a Torino da umanisti e uomini di tecnologia dell'Università degli Studi di Torino e del Politecnico. Quindi quell'unità del sapere, che oggi si è molto più ramificata, sta ripensando fortemente la necessità di riporre al centro l'uomo come finalità di tutto e anche come barriera ai possibili eccessi che nel XX secolo avevano riguardato le ideologie e che oggi riguardano la tecnologia.

Qualche considerazione ora invece di tipo strettamente istituzionale. L'università è una tipica istituzione intermedia, così come lo sono quelle istituzioni caritative e filantropiche che si sviluppano nel corso dei secoli - anche in Italia abbiamo ancora oggi degli ospedali che nascono nell'epoca antica, pensiamo ad esempio alla Cà Granda a Milano - dove emerge l'aspetto di necessaria interazione fra l'azione individuale e le diverse azioni pubbliche. Questo tema del rapporto fra iniziativa aggregata, istituzioni e Stato, fra accentramento e decentramento, fra intermediazione e disintermediazione attraversa tutta la storia istituzionale, anche recente. Devo dire che ragionando in questi termini la nostra Costituzione, entrata in vigore nel 1948, è molto significativa perché pone esattamente nella pluralità istituzionale (art. 2) e nella centralità delle formazioni sociali uno dei punti fondamentali. Secondo il disegno dei costituenti, infatti, la personalità non si sviluppa solitariamente, ma all'interno delle diverse relazioni da cui è costituita la vita. Queste relazioni sono anche relazioni di tipo istituzionale e danno allo Stato la finalità di organizzare e valorizzare tali interazioni e tali istituzioni, non di schiacciarle. Da questo punto di vista anche lo sviluppo istituzionale delle istituzioni sanitarie si è giocato molto sull'interazione fra pubblico e privato, sulla valorizzazione delle specificità anche a livello territoriale e sull'attenzione alla persona, fattore di cui tutti abbiamo capito l'importanza in questi ultimi mesi di emergenza sanitaria.

È stata ricordato anche nell'introduzione al convegno come la scienza e l'umanesimo abbiano come scopo il benessere, il bene della persona e si è visto quanto di fronte alla difficoltà di curare fosse fondamentale l'attenzione alla persona, proprio laddove, anche se non sempre è possibile curare compiutamente, è possibile però sempre accompagnare. Le istituzioni di cura sono quindi uno degli esempi più interessanti di interazione

fra attenzione alla persona ed elemento umano da un lato e sviluppo di riflessioni scientifiche, di approfondimenti scientifici, di nuove tecnologie che possono alleviare le condizioni di difficoltà, combattere le malattie e accompagnare nella degenza le persone dall'altro.

Il tema è evidentemente sterminato. Vorrei concludere leggendo un brano di letteratura. Si tratta di un testo di uno dei più grandi scrittori del XX secolo, ovvero Vasilij Grossman, il quale racconta il dramma della Seconda Guerra Mondiale, in particolare la Battaglia di Stalingrado. Il personaggio centrale di questo libro è uno scienziato che studia le reazioni termonucleari: riporto un brano in cui questo scienziato racconta l'emergere nella sua coscienza della nuova e rivoluzionaria teoria scientifica. Leggo qualche paragrafo perché fa capire bene come il fattore umano sia decisivo sia per l'evoluzione della società sia per l'evoluzione di qualunque ricerca scientifica:

“L'idea che lo aveva fulminato una notte per strada divenne la base della nuova teoria di Strum. Le equazioni desunte in qualche settimana di lavoro non ampliavano la teoria classica accettata dai fisici, non la integravano, al contrario la ridevano un caso particolare della nuova, più ampia variante da lui elaborata. Le sue equazioni assorbivano quella che per tutti era una teoria conclusa. Quando Strum provò a pensare come la nuova teoria fosse balenata nel suo cervello, un fatto inatteso lo colpì: a un certo punto le tracce svanivano e la strada percorsa era impossibile da individuare. Strum aveva sempre creduto che la teoria scaturisse dall'esperienza, che ne fosse figlia. Le contraddizioni fra la teoria e i nuovi dati sperimentali avrebbero condotto naturalmente a una nuova teoria e invece caso strano si era dovuto convincere che non era andata affatto così. Aveva trovato quello che cercava nel momento stesso in cui aveva rinunciato a collegare la teoria agli esperimenti e gli esperimenti alla teoria. La nuova teoria non era figlia della pratica ma del cervello di Strum e lo capiva con estrema e straordinaria chiarezza. Il nuovo era nato liberamente, l'esperimento era stato la spinta esterna che aveva messo in moto il pensiero, ma non ne aveva determinato il contenuto. Strum poi si stupiva di aver raggiunto il suo massimo successo scientifico in un momento in cui il dolore lo sconvolgeva e l'angoscia gli soffocava il cervello. Come era potuto succedere? E perché mai era stato proprio dopo quelle conversazioni pericolose, ardite e intelligenti che quanto sembrava non avere soluzione l'aveva trovato all'improvviso, in pochi attimi? Era solo un caso certamente e non era facile da capire.”

La libertà dell'uomo è alla base dell'esperimento ed è alla base della capacità di prendersi cura e della capacità di organizzare e individuare soluzioni per il bene della società.

¹ Grossman, Vasilij Semenovič, *Vita e destino*, Milano, Adelphi, 2008

Fotografia e Rappresentazione del Covid-19

Luca Panaro, critico d'arte, docente all'Accademia di Brera

Faccio una piccola premessa. Per quanto riguarda il mondo della comunicazione non è stato difficile trovare le immagini che mostrerò durante il mio intervento perché i mass media ci hanno parlato spesso del Covid. Per quanto concerne invece altri ambiti, come per esempio il mondo dell'arte che è quello più direttamente di mia competenza, non sono stati tanti gli autori che hanno tentato di cavalcare questa tematica. Inizio però la mia panoramica da alcuni anni precedenti al 2020 e quindi all'esplosione del virus: si tratta di una serie di tracce, di tentativi fatti da autori anche molto noti di avvicinarsi al tema della scienza.



Anish Kapoor, Leviathan, 2011

Facciamo l'esempio di Anish Kapoor. È un artista indiano molto famoso a livello internazionale che nel 2011 al Grand Palais di Parigi ha realizzato quest'opera architettonica mastodontica che in gergo viene definita "ambientale", ovvero in cui le persone possano entrare e possono vivere un'esperienza. Come si può vedere da quest'opera, in un'epoca in cui ancora non si parlava del virus, gli artisti già erano sintonizzati nel mondo delle scienze. Mi sono infatti divertito con le prime immagini a cercare questa sintonia di alcuni artisti con la scienza, ovviamente in modo inconsapevole rispetto ai fatti che sarebbero arrivati dopo.



Ryoichi Fujisaki, Oil Sea, 2015

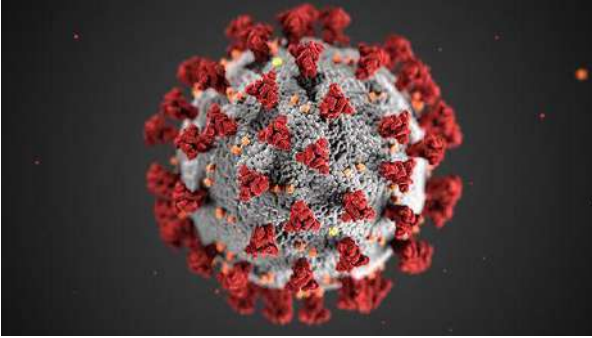
Per esempio, in questa fotografia, attraverso il colore, si va a indagare quasi a livello cellulare il soggetto. Anche in questo caso abbiamo un tentativo da parte dell'artista di andare vicino all'infinitamente piccolo, che solitamente non si vede, e conferirgli una forma. Vediamo ora un artista italiano, Luca Pozzi. È un artista giovane che da sempre ha dimostrato un interesse per le scienze, per la fisica, per il riportare nel mondo dell'arte una serie di sperimentazioni che solitamente sono in uso ad altri ambiti, abbracciando così il mondo delle scienze anziché il mondo umanistico, come solitamente accade.



Luca Pozzi, Detectors, 2015

Anche in questa rappresentazione, puramente svincolata dalla tematica del virus, da un certo punto di vista ci avviciniamo a quello che vedremo tra poco, ovvero i vari tentativi della presentazione del virus e quindi di poter rendere visibile ciò che non lo è, di poterlo domare almeno attraverso l'immagine. Si tratta del tentativo che da sempre l'uomo fa attraverso le arti visive: governare qualcosa che fa paura.

Arriviamo così alla rappresentazione scientifica. Questa immagine, una delle tre che mostro prese dal mondo della comunicazione, è un'elaborazione fatta da illustratori preposti al mondo della scienza. Pur avendo realizzato questo modello attraverso un software di computer grafica 3D, si sono avvicinati molto a un'immagine familiare, quasi confortevole nonostante i colori accesi e il soggetto/tema a cui si riferisce.



Alissa Eckert e Dan Higgins, Sars-COV-2, Centers for Disease Control e Prevention, 2020

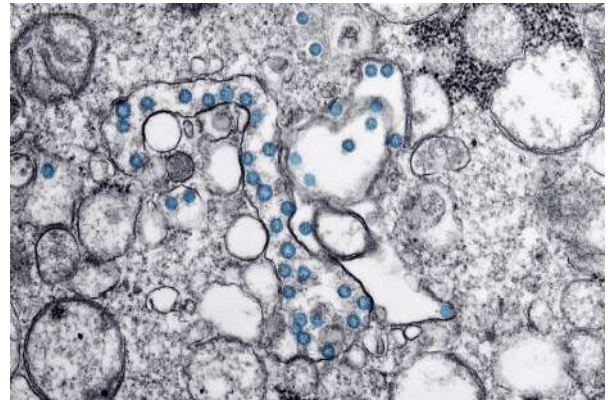
Questa sorta di gomitolino, di simulazione di superfici che ci possono ricordare qualcosa di familiare è un tentativo di rappresentazione per quanto possibile fedele e scientifica del Covid-19, ma è anche un modo per essere un'immagine facilmente divulgabile, che possa arrivare subito nel mondo della comunicazione. Ci troviamo di fronte a uno dei più eclatanti momenti in cui un virus ha avuto bisogno di essere rappresentato, non soltanto per la scienza ma per tutti noi, per potergli dare una forma sui giornali, sugli schermi televisivi in occasione dei talk e in qualsiasi altra circostanza. Questa sicuramente è un'immagine che ormai tutti abbiamo imparato a conoscere. Un'altra immagine, di carattere più pittorico rispetto alla precedente, che si presenta a noi in modo meno familiare ma comunque ammiccante a livello estetico, tanto da poter essere un'opera d'arte esposta in un museo se non fosse elaborata per il mondo scientifico, sarebbe quella di David S. Goodsell.



David S. Goodsell, Sars-COV-2, RCSB Protein Data Bank, 2020

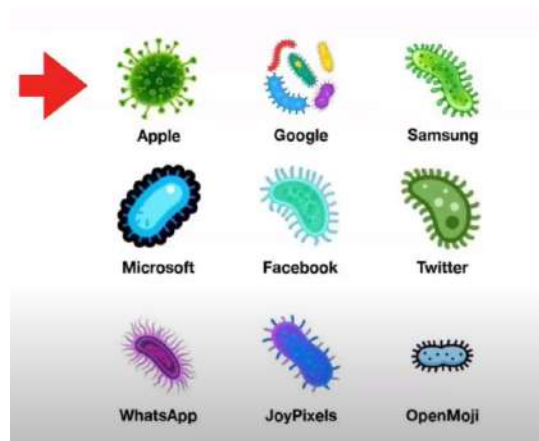
Se parliamo di rappresentazione e di rappresentazione fotografica del virus, essendo impossibile riprodurlo da un punto di vista fotografico nell'accezione più classica - ovvero attraverso un strumentazione ottica e luminosa - è possibile farlo invece attraverso un microscopio elettronico,

co, così come si presenta questa immagine che è stata ampiamente divulgata su vari siti e nel mondo della comunicazione, ma che è meno spendibile rispetto alle precedenti da un punto di vista giornalistico poiché meno iconica.



Covid-19 visto da un microscopio elettronico a fascio di elettroni, Centers of Disease Control and Prevention (CDC)

Pur tenendo conto della vicinanza, e giustamente dell'importanza scientifica della materia, il tentativo di rappresentare il virus, quindi, ha bisogno anche di una raffigurazione che sia potente e spendibile nel mondo della comunicazione laddove il virus e tutto quello che ha comportato ha avuto necessità di diventare pubblico anche a coloro che solitamente non si occupano di materie scientifiche. Questa immagine sarebbe stata troppo ostica e troppo da "addetti ai lavori" per diffondersi, mentre quelle precedenti sono riuscite più facilmente ad adempiere al loro ruolo di comunicazione. Parlando di comunicazione, ovviamente non possiamo trascurare tutto il mondo dei social. Ho allora rintracciato su internet questa bella rappresentazione che mi sembra particolarmente esplicativa del tentativo dei vari social network di rappresentare il virus in modi molto differenti tra loro.



Emoji "virus" o "microbo" nei vari sistemi operativi

Queste immagini appaiono su google quanto noi andiamo scrivere "microbo" oppure "virus". Ho indicato con la freccia rossa l'emoji che appare sulle piattaforme Apple perché effettivamente è quella più vicina anche alle presentazioni scienti-

fiche del Covid che abbiamo visto precedentemente. C'è stata quindi anche questa corsa alla rappresentazione di qualcosa che potesse andare a sostituire la parola: sostituire la parola con un'immagine vuol dire entrare nel mondo della comunicazione telematica, ma anche poter sollevarci dal dover nominare qualcosa di spiacevole che ci ha colpito direttamente.

Entrando più in quello che è il mio campo di competenza, ovvero il mondo delle arti visive, mi sono divertito anche a vedere come gli autori che hanno sentito l'esigenza di dare forma al virus e di rappresentarlo, sia in base alle loro esperienze precedenti sia per un nuovo e rinnovato confronto diretto con l'attualità.



Luke Jerram, Glass Microbiology, Covid-19, 2020

In questo caso, per esempio, ci troviamo di fronte a uno scultore che già da tanti anni elabora attraverso il vetro delle rappresentazioni prese da modelli scientifici. Per lui è stato quindi relativamente facile cavalcare l'onda della rappresentazione del Covid nella misura in cui già la sua ricerca era impostata su queste tematiche: ha dovuto semplicemente cambiare modello di riferimento. Grazie ai materiali utilizzati e alla presenza plastica con cui quest'opera si presenta, la rappresentazione del Covid viene spostata su un piano legato alla bellezza, alla visione di un gioiello, di un'opera d'arte, a un qualcosa che viene fruito in un contesto che non è più il mondo della comunicazione, aperto a tutti, ma è il mondo di una comunicazione più elitaria aperta a chi frequenta i luoghi di cultura e i luoghi di esposizione delle arti visive. Cavalcando l'attualità e facendo anche un gesto nobile, Milo Manara, sempre molto attento a rappresentare e illustrare ciò che accade e quindi le tematiche della contemporaneità, ha realizzato una serie di cartelle con la sua tecnica, con il suo stile, ovvero con la raffigurazione femminile. Ovviamente in questo caso ha preso a modello l'icona dell'infermiera che in questa situazione indubbiamente è stata protagonista, così come i medici.



Milo Manara, Lockdown Heroes, 2020

Diciamo che anche quella di Milo Manara è una modalità che in qualche modo segue l'impronta stilistica già aperta, già consolidata rispetto alla sua esperienza artistica. Coincidenza ha voluto poi che, nella mia attività di critico e curatore, negli ultimi mesi abbia seguito la realizzazione del photobook (libro fotografico a tiratura limitata) di Saverio Colella, il quale ha realizzato una pubblicazione interamente basata sulle infografiche utilizzate sui quotidiani e sulle riviste nei mesi di esplosione del virus.



Dal photobook "Papà perché" di Saverio Colella, 2020

Questa è soltanto una delle immagini contenute all'interno del libro che si intitola "Papà perché", prendendo proprio l'espressione da un ritaglio di giornale: il libro cerca di dare una risposta, per quanto possibile, a questa domanda attraverso il

mondo della comunicazione stesso, quindi, con l'uso della grafica e non della fotografia che in alcuni casi potrebbe anche sembrare troppo retorica o scomoda nell'affrontare un tema così delicato.

Spostandoci dal mondo dell'arte e della sperimentazione artistica al mondo della pubblicità, incontriamo una serie di immagini che cavalcano l'onda di interesse rispetto a questa tematica. Durante l'emergenza sanitaria molti giornali hanno parlato di come il tema caldo poco prima del lockdown fosse l'inquinamento e di come poi magicamente, dopo lo scoppio della pandemia, tutte le problematiche legate alla plastica e alle sue conseguenze siano state accantonate.

Questa pubblicità ci fa capire come i due temi caldi, entrambi importanti per la nostra società, possano avere un legame tra loro e possano stare insieme in un'unica rappresentazione visiva. Quest'ultima non nasce come opera d'arte, né come rappresentazione scientifica, ma nasce per comunicare un messaggio forte attraverso la comunicazione visiva che è quella più esplicita e di impatto, arrivando agli occhi dei lettori prima del testo riportato sulle riviste o online.



Quindi tutto quello che è il mondo della comunicazione e tutto il nostro modo di vivere, dal passeggiare per strada al guardare le trasmissioni televisive, vede questa presenza del Covid, inizialmente inquietante e in un secondo momento per certi versi anche familiare, grazie alla bravura dei grafici, dei direttori creativi e degli artisti. La comunicazione visiva ci viene in aiuto in questa

convivenza obbligata con il virus, alle volte molto più delle parole.



Il 18 agosto 2020 sul sito del Corriere della Sera esce questa immagine piuttosto forte, per quanto bella dal punto di vista estetico e visivo: la notizia di quel giorno era il fatto che la trasmissione del virus fosse molto più capillare di quello che si ipotizzava poco prima.



Da www.corriere.it del 18 agosto 2020

Il modo migliore per poter rappresentare questa notizia era proprio far vedere il pericolo nella sua rappresentazione classica, e quindi fedele al modello scientifico di cui abbiamo parlato precedentemente, ma con la dirompenza e la forza di un'immagine frutto di un'elaborazione digitale che è un mix di media - come la fotografia e la computer grafica - che insieme vanno a rappresentare un territorio nuovo del visibile che arriva con grande impatto a tutti noi.



Dal profilo Instagram dell'artista Welinoo

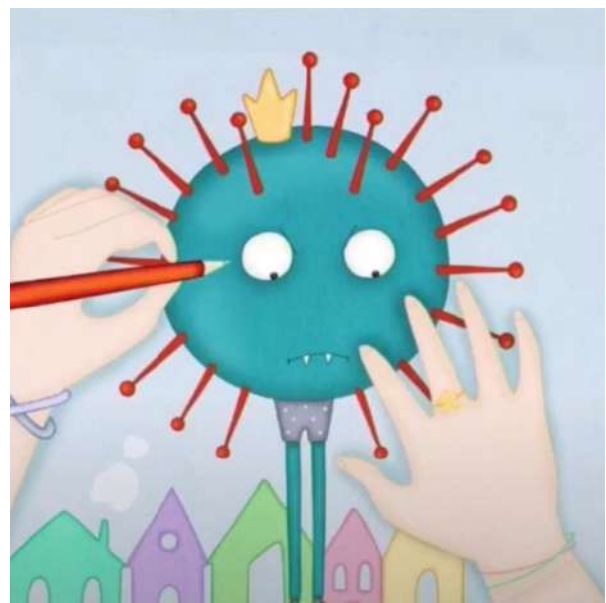
Ovviamente anche l'ironia fa parte della rappresentazione del Covid. Vi ho portato solo un esempio tratto dal profilo Instagram di un artista che lavora con l'arte urbana e che ha felicemente sintetizzato due temi caldi nella comunicazione del nostro tempo, ovvero l'imperversare della figura mediatica di Donald Trump e l'iconografia del virus. In questo specifico caso vengono fusi con una sorta di morphing visivo che ci ricorda un grande Shrek.

La rappresentazione del virus deve però arrivare anche i più piccoli. Anche in questo il mondo della comunicazione non è stato da meno: si sono infatti attivati vari studi creativi e diverse procedure didattiche. Il caso che vi mostro è un vero e proprio strumento didattico a fumetti in cui uno scienziato volante va a ricercare e risolvere il problema del virus. Si tratta di una comunicazione molto utile in quanto anche i più piccoli hanno sentito parlare tutti i giorni del Covid e hanno metabolizzato le tensioni, personali e degli adulti. Da qui la necessità di avere strumenti didattici che andassero ad alleggerire, anche attraverso il gioco, questo tema così scomodo.



Da www.valentinovillanova.it

Facendo una ricerca su alcuni siti che si occupano dell'infanzia, si può notare come questi strumenti siano stati declinati in vari modi, ad esempio con la letteratura per i più piccoli o con le illustrazioni. La capacità degli illustratori è proprio quella da una parte di sintetizzare le paure e dall'altra di alleggerirle attraverso il gesto grafico, come nel seguente esempio.



Da www.uniamo.org

Dal sito di Telefono Azzurro, invece, ho preso questa immagine che non mostra più il disegno e

l'immagine fotografica sintetica, ma l'atto del collage, ovvero dello strumento primo, quello più ludico, con il quale i bambini solitamente sono abituati a lavorare: la sintesi del virus diventa un mostro cattivo, ma che possiamo gestire dal punto di vista della comunicazione e dell'aspetto psicologico e personale.



www.telefonoazzurro.it

Questa era una sintetica presentazione di un tema che ovviamente potrebbe essere esposto in maniera ulteriore e che ci dimostra quanto sia importante l'immagine: da un lato non dobbiamo stupirci che sia arrivata con prepotenza in occasione dell'esplosione della pandemia, dall'altro però dobbiamo prendere atto del fatto che mai prima d'ora la rappresentazione di un virus era stata così eclatante.

Devo quindi dare merito a questa iniziativa di aver focalizzato così in tempo reale questo bellissimo e importante tema.

Sulla narrazione ai tempi del Covid-19: emozioni sui social con scrittura e immagini

dialogo tra

Giorgio Bellomo, UPO Alumni

Lele Gastini, illustratore

Sergio Macciò, medico e autore del libro "Diario di bordo"

Modera: Mariateresa Dacquino, Dirigente Comunicazione e Biblioteca Biomedica IRFI AOAL

(Bellomo) Mi sono chiesto in questi giorni come iniziare questo dialogo, come giustificarlo. Ho deciso di seguire il suggerimento di un mio caro amico, Guido Invernizzi, grandissimo sommelier che mi ha sempre detto che "un buon vino deve essere sempre gustato in compagnia, almeno in due, perché solo così si può sentire anche il tintinnio dei bicchieri al cin cin, apprezzare il colore del vino con la vista, con l'olfatto percepirne il profumo, grazie al tatto avvertire quando scivola in gola e infine gustarlo. Solo così, stimolando tutti i sensi, possiamo cogliere appieno la bellezza". Poche persone oggi riescono a cogliere appieno la bellezza in medicina perché sempre di più emergono altri interessi come la memoria, l'identità, l'ibrido, le mutazioni, l'obsolescenza, i soldi. La bellezza formale ed estetica è cosa di

altri tempi: la percezione della tecnologia e della farmacologia contro il disordine di un corpo e di un'anima malati. Siamo immersi in una pandemia in cui tutto sembra crollare, in cui sembra trionfare la confusione e da qui il disordine, ma in questo panorama si possono cogliere degli elementi di bellezza e quindi di speranza. Due di questi momenti penso che si possano vivere qui oggi con i nostri due ospiti: l'illustratore e artista Lele Gastini e il mitico scrittore Sergio Macciò che, giorno dopo giorno, hanno realizzato due opere di rappresentazione grafica e di scrittura - ecco l'approccio multisensoriale - opere che hanno contribuito a ridare un po' di bellezza questi nostri tempi. La prima domanda ad entrambi è d'obbligo: cos'è che in realtà avete fatto e soprattutto perché lo avete fatto?

(Gastini) Perché ho fatto quello che ho fatto? Mi sono reso conto da subito che era un momento particolare e quindi il mio animo da illustratore si è sentito toccato, ho sentito il bisogno di raccontare quello che stava succedendo giorno per giorno. Quando ho cominciato a leggere certe notizie a marzo mi sembrava che il mondo fosse impazzito, di colpo si sentivano notizie assurde come detenuti che scappano dalle carceri e confusione in tutto il paese. E lì ho pensato: devo raccontare questa giornata. Subito dopo mi sono reso conto di essermi infilato in un progetto più grande di me, forse enorme. Il giorno successivo ho fatto di nuovo una vignetta e da lì ho capito che era un progetto che ormai dovevo portare a termine, ma non avevo idea di quando sarebbe finito, sapevo soltanto che l'avevo iniziato e che avrei raccontato giorno per giorno quello che stava succedendo. La verità è che stando in casa parecchio era diventata anche una sorta di allenamento, un modo per esorcizzare questa quarantena, questa reclusione. Sapevo che quotidianamente avevo due ore da dedicare al diario e questo mi ha aiutato mentalmente nel periodo di chiusura. Pertanto, possiamo dire che è stata la situazione folle a portarmi a farlo, con il fine di tentare di racchiuderla ogni giorno in un disegno.

(Macciò) La mia situazione è stata un po' diversa, ma vi sono dei punti comuni come il fatto che anche io quando ho iniziato non avevo in testa un progetto e quindi il diario è nato e cresciuto quasi spontaneamente. Voglio iniziare citando un brano di Vecchioni, che secondo me è un poeta ancora prima che un cantante, che spiega la filosofia del diario. Vecchioni in *Sogna ragazzo sogna* dice: "La vita è così grande che quando sarai sul punto di morire planterai un ulivo convinto di vederlo fiorire". Nei giorni in cui il nostro mondo si stava chiudendo e la paura serpeggiava perché arrivava un nemico che non conoscevamo, quello che ho pensato era piantare un ulivo. Questo ulivo consisteva in una serie di post, perché ancora non c'era un'idea del diario, che servivano a informare le persone fuori dall'ospedale di cosa stava succedendo al suo interno. Questo perché l'ospedale si chiuse all'improvviso: io lavoro a Vercelli e quando arrivò il primo paziente Covid scattarono tutte le procedure di chiusura dell'ospedale. I primi post furono una sorta di ponte tra l'ospedale e la

comunità che contemporaneamente andava chiudendosi all'esterno di questo. In particolare, il primo post fu "Dottore devo aver paura?" in cui cercavo di spiegare che nonostante eravamo di fronte a un nemico imprevedibile ci stavamo attrezzando rapidamente. Il secondo post fu su "Come sta?" spiegando come si stava ribaltando il mondo, cioè spesso ero io da medico a chiamare i miei pazienti e chiedere come stavano, ma adesso erano i miei pazienti che cominciavano a chiamarmi per sapere come stavamo noi dentro. Si cominciarono a creare dei legami fortissimi e i post divennero ben presto delle pagine giornaliera e infine 80 pagine consecutive che portarono al progetto del diario.

(Bellomo) Voglio ricordare che questa iniziativa della pubblicazione del diario ha poi avuto, per volere di Sergio Macciò, l'obiettivo di sostenere con i proventi della vendita, tramite l'associazione di UPO Alumni, gli studenti universitari in difficoltà.

Ora inizieremo a prendere in considerazione alcuni dei disegni di Lele e alcune delle pagine del diario. Iniziamo con un evento traumatico sia dal punto di vista sociale sia culturale: sociale perché per la prima volta nella vita della stragrande maggioranza di tutti noi abbiamo visto annullarsi la nostra libertà di spostamento e di azione, poi un evento traumatico dal punto di vista culturale perché abbiamo iniziato a renderci conto che la rappresentazione della salute non riguardava solo l'impatto personale della malattia o l'ambiente ospedaliero con tutto ciò che vi è connesso, ma anche tutto un risvolto sociale relevantissimo. Sto parlando del 10 marzo quando è iniziata la zona rossa.



Dal profilo Instagram di Lele Gastini

(Gastini) L'immagine del 10 marzo rappresenta l'Italia a scacchiera: mi sono immaginato questa Italia come un campo degli scacchi in cui ogni mossa era decisiva, ossia era diventato fondamentale non muoversi, dovevamo semplicemente stare fermi e stare lontani. Dico semplicemente ma in realtà tutto era un punto interrogativo: pos-

so andare al supermercato? Non posso andare nel paesino accanto ad Alessandria? Ogni spostamento doveva essere giustificato e questa era una situazione nuova per tutti, non c'eravamo mai trovati a non poter uscire dalla nostra città. A tal punto che la sera prima eravamo andati a mangiare in un ristorante e non sapevamo cosa sarebbe successo dopo in caso di zona rossa. Saremmo riusciti a tornare? Quando? Cosa succede quando torniamo? Erano le prime immagini e il progetto non era ancora definito bene nella mia testa. Si tratta quindi di un'immagine assolutamente spontanea, ancora di più rispetto alle altre quando ormai avevo anche un po' di ansia nel crearle perché sapevo che dietro c'era un progetto ben preciso che doveva continuare. Credo quindi che sia una tra le illustrazioni più significative: è un'Italia veramente diversa per come siamo abituati a viverla noi, soliti a spostarci, perché diventava una partita seria, un gioco pericoloso.



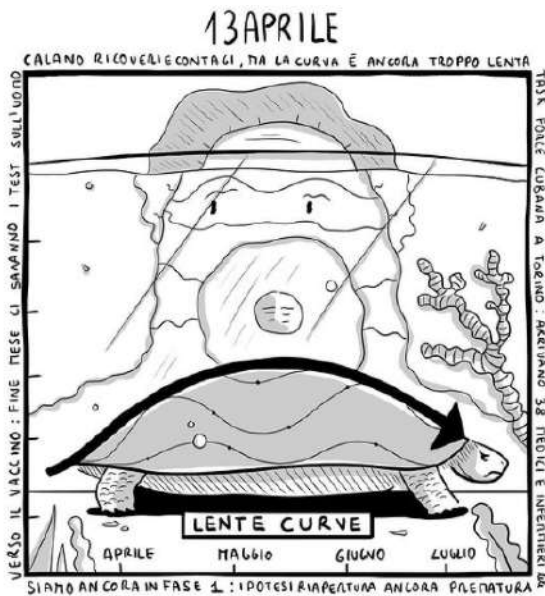
Dalla pagina Facebook di Sergio Macciò

(Macciò) Quel giorno anche io scrissi un post che per me è stato uno spartiacque perché fu il giorno in cui i post divennero il diario che non fu più interrotto per 80 giorni. Presi questa decisione anche a seguito del fatto che il post ebbe migliaia di condivisioni, cosa a cui non ero assolutamente abituato. Il titolo era "Alla fine è successo" e in questo post scrivevo:

"Alla fine è successo, dalle 2.00 a.m. alla fine siamo tutti "Codogno". Con buona pace di tutti quelli che "figurati sono tutte storie", di quelli che "è solo influenza" e di quelli che "tanto io non la prendo". Senza citare la coppia che ore fa ha violato la zona rossa di Codogno perché voleva andare a fare il weekend in Trentino (dove poi in seguito ad un malore sono stati trovati positivi). Siamo un paese geneticamente predisposto all'assenza di disciplina e senso civico. E ora siamo tutti zona rossa. Ora le scuole sono chiuse sino al 3 Aprile, sperando poi di ricominciare. Non abbiamo precedenti nella storia repubblicana di un tale blocco. Siamo fermi. E mentre il mondo si ferma quello sanitario invece deve raddoppiare la velocità. Per medici, infermieri e personale sanitario annullate ferie, recuperi, riposi. Per il personale sanitario sospese applicazioni in materia di orario lavorativo. È la nostra "guerra". A chi in questo periodo si sentisse tanto furbo da pensare di violare le regole, ai tanti giovani (e meno giovani) che nelle ultime ore hanno affollato piazze, impianti di risalita pigiati come sardine e feste carnevalesche "irrinunciabili" dico solo una cosa: abbiate almeno rispetto di chi al vostro contrario non festeggia ma dovrà lavorare il doppio per garantire anche a voi, tra un mese si spera, di

uscire dalla zona rossa. Abbiate rispetto di quei padri e di quelle madri, fratelli e sorelle che lavoreranno a contatto con i COVID-19 e che per questo sino a fine emergenza non baceranno e abbracceranno parenti e figli. Abbiate rispetto, solo quello, il resto lo faremo noi, medici, infermieri, OSS prendendoci per mano sino a quando non ne saremo usciti fuori, tutti insieme".
Il concetto era chiaro: da una cosa mai vista come questa si poteva solo uscire tutti uniti, dentro e fuori gli ospedali.

(Bellomo) Abbiamo iniziato a renderci conto che la salute e la malattia sono anche statistica, ma in molti casi ci siamo progressivamente resi conto che forse si trattava di una statistica alla Trilussa, detto con un po' di ironia ma anche con molta amarezza. Siamo stati tempestati dai pareri dei cosiddetti "esperti" che facevano previsioni, cosa che gli scienziati veri hanno imparato a non fare mai. Abbiamo incominciato ad interessarci di curve e di fasi e questo concetto della statistica delle curve e delle fasi è stata a mio giudizio molto ben rappresentato sia dal punto di vista iconografico da Lele che dal diario di Sergio. Volete parlarcene?



Dal profilo Instagram di Lele Gastini

(Gastini) Ho voluto rappresentare l'attenzione alla statistica con questo gioco tra il guscio della tartaruga e la lenta curva di discesa dei contagi. Personalmente ero parecchio informato e guardavo molto i dati e i numeri, pur non essendo un fenomeno della matematica. Questo perché i numeri mi davano un'idea più concreta di quello che stava succedendo. Ricordo che la situazione del 13 aprile era particolare poiché calavano i ricoveri, ma la curva era ancora troppo lenta. Ma lenta in base a cosa? Non era chiaro. Abbiamo poi visto che da aprile sicuramente le cose sono migliorate, ma appunto lentamente, e guardavamo tutti queste curve con apprensione. Univo al disegno le scritte per aiutare il racconto e qui si parlava già di fase I e fase II, anche se non si è mai capito il

momento esatto dell'inizio e della fine di queste fasi e soprattutto in che fase siamo ora.



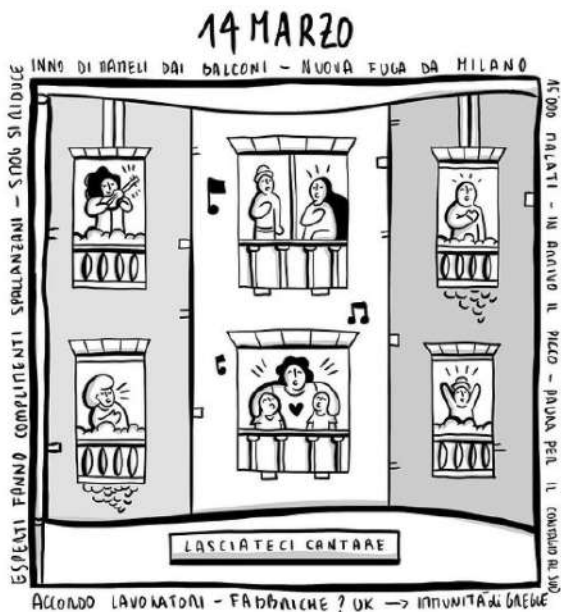
Dalla pagina Facebook di Sergio Macciò

(Macciò) Sull'argomento dati e curve io scrissi qualcosa un po' prima, il 20 marzo. Il problema per noi operatori del settore era che di questi dati ci fidavamo anche meno nel senso che sapevamo che, soprattutto nelle prime settimane, la raccolta dei dati di chi era malato, di chi moriva per, di chi moriva con, aveva enorme variabilità. Il problema per noi, l'ho scritto in una pagina del diario che ho intitolato "L'insostenibile leggerezza della corsa", era capire come dosare le energie perché verso fine marzo e inizio aprile quello che non era assolutamente chiaro per noi operatori era quanto sarebbe durata la corsa. Allora io scrivo: "Ci sono vette e ci sono abissi. Ci sono alti e bassi. Con il passare dei giorni, con l'accumulo di stanchezza fisica e psicologica cominciano a intravedersi i primi meccanismi di difesa. Una giusta premessa: osservo con gli occhi dell'uomo comune. Non sono esperto in materia, gli esami di psichiatria troppo lontani nel tempo. Osservo. A "consumare" la vitalità di molti non è tanto la fatica fisica, le responsabilità, le nuove sfide. Anche quello. Ma non solo. Credo che ciò che rende arduo il compito è la totale assenza di previsioni. Rendiamo chiaro il concetto con un esempio: se devo correre i 100 metri so che posso permettermi una partenza con scatto bruciante e che posso dare tutto quello che ho da dare in pochissimo tempo. Se al contrario partecipo ad una maratona dovrò dosare sapientemente le energie, avanzare con regolarità evitare scatti. Ora noi negli ospedali (da circa 2 settimane in Piemonte), abbiamo cominciato a correre. Solo che non sappiamo la durata e la lunghezza del percorso. Si accelera, si frena, si prende fiato, si accelera di nuovo. Impossibile trovare un ritmo regolare, dividere i carichi di lavoro se non sai di ora in ora come variano quei carichi. Si corre bendati, si inciampa, si chiede al vicino di corsa se vede il traguardo, poi insieme si alzano le spalle << forse sarà dopo la prossima curva >>. E intanto di curve ne abbiamo già fatte un po' ed è chiaro a tutti noi che il traguardo, di certo, non è dietro alla prossima. Così ognuno cerca di impostare la corsa con un proprio ritmo. Ed ognuno reagisce in modo diverso alla mancata vista della linea di traguardo. C'è chi vive di adrenalina e ad ogni curva accelera sempre più (ma quanto reggerà se la corsa dovesse essere lunga? E sarà lunga!) C'è chi cambia continuamente passo in un alternarsi di fase depressiva e fase "energica". C'è chi

si arrabbia, chi scrive sui social con toni accessi, battaglieri per caricarsi e trovare la forza di un nuovo sprint. C'è chi cerca di raccontare, come in una cronaca sportiva, la corsa su un diario (e intanto corre, immaginate la scrittura tremolante sul taccuino).

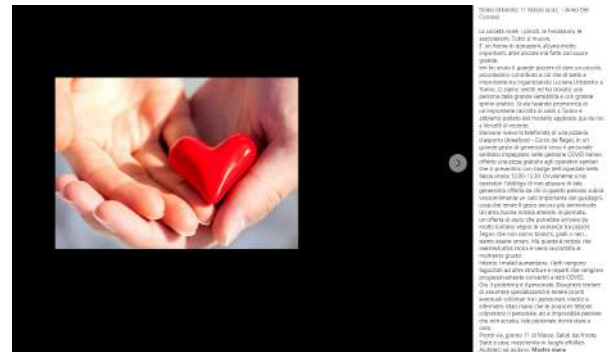
Osservando e guardando gli altri vedo anche me stesso come attraverso una lente sporca e deformata. Oggi rallento, giornata giù. Un affanno solo psicologico, niente febbre 😞, solo un'altra curva a vuoto. Ma non corriamo da soli, è una staffetta. O si vince insieme o si perde insieme. E intanto si corre, senza una meta precisa, un po' scomposti ma decisi. 20 di Marzo ... un'altra curva laggiù in fondo ...". Il mio modo di affrontare lo stress di questa corsa fu quello di raccontare il diario, fu innanzitutto una terapia per me che lo scrivevo e poi scopri che serviva a tantissime altre persone.

(Bellomo) A un certo punto però qualcosa incomincia a muoversi e spuntano i cartelli "Andrà tutto bene". Iniziamo a credere che dopo saremo stati tutti migliori, dimenticandoci però che il nome di ciò che stava avvenendo era "pandemia". Il disegno che Lele ha preparato per questo argomento è un disegno molto evocativo e molto ottimistico da un certo punto di vista.



Dal profilo Instagram di Lele Gastini

(Gastini) Questo sentimento comune è stato emozionante: anche secondo me è vero che, forse per la prima volta dopo tanto tempo, ci siamo sentiti tutti un po' più uniti poiché tutti ci trovavamo in questa strana situazione. Il balcone era diventato il simbolo di questa unione, pertanto secondo me meritava assolutamente una vignetta quest'immagine delle persone che cantavano dai balconi, questo momento di leggerezza. Anche da Alessandria, dalla mia finestra, ho vissuto questo sentimento di unione che ha costituito un barlume di luce in un momento piuttosto buio.



Dalla pagina Facebook di Sergio Macciò

(Macciò) Ho scritto di questo tema più volte nel diario e in particolare ho iniziato a parlarne l'11 marzo. Le persone non solo si trovarono sui balconi, ci fu veramente un abbraccio fisico della comunità proprio verso l'ospedale. Un abbraccio fatto di tanti gesti, grandi e piccoli: noi abbiamo avuto privati e fondazioni che all'improvviso si sono mosse con una celerità cui noi italiani non eravamo abituati per darci tutto il supporto economico che era possibile; ma quello che ha commosso tante volte al di là di questi aiuti fondamentali è stato il sostegno dei singoli. Alla sera c'erano le code del gelataio, del pizzaiolo, del pasticcere che portavano da mangiare al personale che era dentro gli ospedali. Sono gesti che hanno creato veramente una comunione - io le chiamavo le "staffette del cibo" - e ai sanitari, provati psicologicamente dentro gli ospedali, sono servite veramente tantissimo.

(Bellomo) Veniamo al punto che io ho definito "effetti e affetti". Il disegno che Lele Gastini ha scelto è quello che in assoluto più mi piace, dedicato agli affetti stabili e instabili, anche se traspare da questa stabilità o instabilità degli affetti una nota ironica importante, vero?



Dal profilo Instagram di Lele Gastini

(Gastini) Siamo arrivati a un punto in cui tra le autocertificazioni e i decreti stava cominciando a

venire fuori anche un po' l'ironia tipica italiana. Quando il Governo ha iniziato a parlare di "affetti stabili" ha servito sul piatto d'argento a tanti l'opportunità di scherzarci su in quanto non è facile definire un affetto stabile. In questa vignetta ho proprio cercato di rappresentare come non tutti gli affetti si possano etichettare come stabili e quindi ho giocato su questo filo della stabilità e dell'equilibrio, del possiamo o non possiamo vederli. Da un lato le regole iniziavano ad allentarsi e il fatto di poter vedere almeno un "affetto stabile" costituiva una luce. Ma ecco che si ricade nell'ironia: ho inserito in basso a destra un cartello con scritto "cerchasi affetti stabili", forse una scusa per poter uscire.

(Bellomo) Per contrasto a quest'ironia, poiché a me piacciono molo i contrasti, sceglierei una pagina del diario di Sergio che si potrebbe definire toccante a proposito degli effetti. Si intitola "Lettera a Italo", ce ne vuoi parlare?



Dalla pagina Facebook di Sergio Macciò

(Macciò) "Lettera a Italo" parla degli affetti e dei contatti fisici che ci sono mancati durante il coronavirus ed è scritta in un ipotetico 2032 da un bambino nato nel 2020, quindi all'età di 12 anni. "Caro Italo, Buon compleanno. I 12 anni sono un traguardo importante. Comincia la tua adolescenza e con essa la consapevolezza maggiore del mondo che ti circonda, di come oggi funziona e di come funzionava prima, prima dell'anno zero. Lo hai studiato a scuola alle elementari l'anno zero, l'anno in cui sei nato. L'anno in cui il mondo è cambiato. Ti hanno insegnato che un virus trovò impreparati proprio quei paesi che pensavano di essere più civili e avanzati, quelli che pensavano di essere al sicuro forti delle loro economie o del loro servizio sanitario. Quelli delle buone maniere, dell'istruzione avanzata, del progresso tecnologico. Ti hanno insegnato che al contrario delle aspettative le istituzioni vacillarono, arrancarono. Di come non indietreggiarono invece medici e infermieri e di come combatterono. Ti hanno raccontato di come la grande generosità delle persone intervenne a colmare i vuoti. Gesti piccoli e grandi che permisero a chi era in prima linea contro il virus di proseguire la battaglia. Ti hanno spiegato che per quella generazione di dottori, infermieri, tecnici, dentro gli ospedali e fuori sul territorio, fu una battaglia campale. Tu non puoi immaginare come era, quel mondo, con gli occhi di oggi. Oggi, nell'anno 12 n.d.c. i posti di terapia intensiva negli ospedali italiani sono adeguati alle necessità della popolazione. Oggi si è compreso che la sanità non è un "costo" ma un bene essen-

ziale per la vita e la serenità dell'intera popolazione e si investe di più consci che si investe in "vita". Oggi si è compreso che proteggere, da subito, chi lavora in prima linea negli ospedali è essenziale per limitare i contagi e consentire di curare a pieno regime. È un mondo che ha compreso i suoi errori qui, oggi nel 2032 vecchia datazione. Ma in quell'anno, nell'anno 2020, le cose furono difficili. Mentre nascevi il mondo si bloccava, fermava la sua rotazione. Si fermava l'alternanza del giorno e della notte. Si fermavano i calendari. Gli orologi muti testimoni di giornate interminabili. E non vi era più differenza tra una domenica e un lunedì, una settimana o l'altra, un mese o l'altro. Bloccate le fabbriche, gli uffici, le feste religiose e non religiose. I nonni separati dai nipoti. Le code ai supermercati rigorosamente a 1,5 metri di distanza. Gli occhi che si scrutavano dietro maschere variopinte (e non era carnevale). Pensa Italo, la gente si dimenticò anche di ammalarsi. Perché in quel periodo a parte il "corona" "sparirono" come per magia altre malattie, o meglio non sparirono, ci fu solo paura di recarsi in ospedale e di essere contagiati e questo portò molte persone a sottovalutare sintomi e segni del corpo. Nell'anno 2020 si comunicava a distanza, i contatti erano vietati, la polizia e l'esercito scendevano per strada per bloccare, giustamente, gli spostamenti. Ora puoi capire, Italo, quello che accade, da allora, ogni mese di marzo: la festa della vicinanza. Sin da piccolo sei abituato. Nel mese di marzo vi è un giorno in cui tutti si salutano, si stringono la mano, si abbracciano. Sul lavoro, per strada, a scuola, in coda alla stazione. Quella vicinanza, quel giorno della memoria, ricorda il contatto umano che perdemmo nel 2020, ricorda quanto ci costò. Ci ricorda che dobbiamo imparare ad avere cura di noi e della persona accanto. Ci ricorda che la salute è il nostro bene più prezioso. Ci ricorda che siamo tutti essere umani, senza distinzioni. Caro Italo, un abbraccio. 24 di marzo ... andiamo a prendere il francobollo". (Bellomo) Arriviamo così all'ultimo disegno e all'ultima pagina. Siamo nella Fase II: liberi tutti. Questa espressione, però, ha una doppia interpretazione che dipende esclusivamente da un segno grafico, ovvero utilizziamo il punto esclamativo o il punto interrogativo?



Dal profilo Instagram di Lele Gastini

(Gastini) La Fase II faceva un po' paura, però significava uscire da un periodo nero, quindi c'era anche la voglia di superarlo. Quando ho fatto questa vignetta ho pensato che dovesse essere importante, doveva avere un significato particolare perché sarebbe stata l'ultima. Poi ho semplicemente riflettuto su cosa voleva dire per me il 4 maggio: uscire, anche se un po' stravolti e segnati dal periodo. Questa vignetta ha rappresentato quindi per me la fine di un periodo e l'inizio di un altro, con l'uscita verso un mondo che avevamo addirittura un po' dimenticato.



Dalla pagina Facebook di Sergio Macciò

(Macciò) Il 4 maggio anche per il diario è stato un momento di passaggio importante. È giusta la domanda iniziale: "tana libera tutti?" o "tana libera tutti!". Io avevo preceduto il 4 maggio credo di uno o due giorni con un'altra domanda, ovvero "Chi decide la Fase II?". Il 4 maggio è stata una data obbligata: volenti o nolenti dovevamo uscire, ma per un motivo preciso, cioè le persone, la società e la comunità non ce la facevano più. Il Covid ha lasciato delle cicatrici psicologiche e dei danni di cui ci renderemo conto negli anni ed era evidente nelle ultime settimane prima della fatidica data del 4 maggio che le persone non riuscivano più a gestire il contenimento e la chiusura e cominciavano spontaneamente a uscire già dalla tana. Quella data è stata quindi un ufficializzare

quello che la comunità già stava scegliendo di fare, ovvero di correre il rischio e uscire di casa. Era meglio a quel punto farlo in modo controllato. Il risveglio in zona libera - l'ho raccontato in una pagina del diario a cui sono molto legato - è stato anche un momento di paura per alcuni perché se da una parte c'era chi non vedeva l'ora di uscire, dall'altra c'era anche chi ha avuto paura perché la chiusura nella casa nei mesi aveva costruito un senso di sicurezza e di protezione che all'improvviso veniva a mancare. In questi casi si parla di "sindrome della capanna". C'è infatti chi non è uscito quel giorno e quindi non è stato un "liberi tutti" proprio per tutti. Riporto qui il testo postato in occasione del 4 maggio: «La libertà e la vita appartengono a quelli che le conquistano ogni giorno» (Johann Wolfgang Von Goethe) TANA LIBERI TUTTI ? Non ho dormito molto. Dall'aria esterna mi dividono i vetri, una tenda, un tavolo ed una tazzina di caffè che si sta raffreddando. Attendo di vedere il colore comparire sulle foglie d'erba oltre il vetro. La visione notturna dell'uomo ha infatti un limite, elimina i colori. I "bastoncelli" nella retina riescono a carpire anche minime fonti di luce riflessa ma, ahimè, non i colori. Nell'istante in cui i fili d'erba verranno inondati di verde saprò che è l'ora giusta. Mi attendo un verde smeraldo, luccicante. Un colore che solo i primi raggi di sole rifrangendosi sulle timide gocce della rugiada notturna, le poche superstiti in questa fresca notte di inizio Maggio, possono creare. Quella vita donata ai fili d'erba sarà un segnale. È la mattina del 4 Maggio. Un giorno qualsiasi nel 2019, IL GIORNO nel 2020. Google mi avvertiva che l'alba sarebbe sorta alle 6:09. Ma la notte di guardia tiene svegli così alle 5.30 sono già alla finestra. 5.30 Una notte di guardia speciale. Ho timbrato in zona rossa, timbrerò alle 8 in zona se non bianca, almeno rosa. Sono uscito di casa ieri sera con il solito modulo di autocertificazione (casa-lavoro). Questa mattina uscirò dal parcheggio dell'ospedale e, se solo volessi, potrei acquistare in modalità take-away, potrei andare nella seconda casa (se l'avessi), potrei andare al parco. Con un modulo, diverso (il 4° o il 5° ho perso il conto). Ma non farò niente di tutto questo. Sono due settimane che sogno e idealizzo questo momento. Passerò da casa, sveglierò i miei figli, una rapida colazione, e faremo la cosa più importante da fare. Andremo a trovare i nonni che non vediamo (se non in videochat) da più di due mesi. Immagino che potremmo festeggiare il 4 come il giorno delle famiglie riunite. Anche se per chi ha familiari fuori regione sarà ancora il momento dell'attesa. 5.40 Ancora niente. Anche se il nero cielo sullo sfondo poi così tanto nero non è più. Ha colori sul rossiccio bruno, giallo cupo. Ho fatto il pieno, ieri. Non serviva, farò solo 80 km tra andata e ritorno verso Oleggio. Ho fatto il pieno per il gusto, semplice e unico, di poter pensare che, se solo volessi, potrei prendere la macchina e attraversare tutto il Piemonte (se avessi ovviamente una seconda casa o un congiunto in giro per la regione). 5.50 Ancora niente. Qualche timida idea d'ombra si affaccia sul cortile fuori dal reparto. Ancora indefinita, creata da luce riflessa e non diretta. E un po' di timore si affaccia. Timore e la speranza che questa nuova libertà conquistata

non ci faccia perdere il buonsenso. Che chi uscirà questa mattina, in pubblico, ad annusare l'aria fresca della libertà lo faccia a distanza e con una mascherina se in luogo ristretto. Ho preparato i bambini, spiegato loro perché non potranno baciare e abbracciare i nonni che non vedono da mesi e perché dovranno indossare mascherine. Spiegarlo ad un bimbo di 5 anni appena compiuti non è facile. Bravo e diligente, cresciuto tanto anche lui in questa crisi che a crescere ha costretto un po' tutti noi, lo ha capito subito: è colpa del "VIUS". Siamo pronti. 5.55 Con un lieve anticipo rispetto a quanto annunciatomi da Google qualcosa si muove. Inizia sommessa una breve sinfonia di cinguettii. Un crescendo lento ma costante. Le foglie d'erba sono ancora grigie ma loro cantano. Della natura e dei suoi ritmi, probabilmente, hanno capito più di noi. Ripenso alle immagini di questi mesi, la natura che occupava posti lasciati liberi dall'uomo. Le meduse veneziane, i cerbiatti di Casale, le volpi in diversi posti. Se l'uomo sparisse dalla Terra la natura colmerebbe quel vuoto con una velocità sorprendente. Ma non è ancora tempo per l'uomo di lasciare questo pianeta. Non ci ha piegato il COVID, solo ammassato. Saremo noi a piegarci da soli se non avremo rispetto del nostro habitat, questo dovrebbe insegnarci il coronavirus. 6.00 Verde! Lo vedo, senza dubbio. Non è suggestione. Otto minuti prima del previsto. Non voglio dimenticarlo quel verde. Giubbotto. Scale. Afferro delicatamente un filo d'erba. Lo stacco alla base e lo ripongo in una piccola busta di plastica. Ha il sapore del verde "fresco", appena dipinto. Viviamo anche di simboli. Lo sono le date come quelle dei compleanni, gli anniversari, lo sono i diplomi degli studi, le foto dei momenti unici della vita. Può esserlo anche un filo d'erba, un semaforo verde verso la strada della normalità. Tana liberi tutti dunque? NO. Prudenza, disciplina e ricordiamo sempre... «io proteggo te, tu proteggi me!» 4 di Maggio ... e uscimmo a riveder le stelle (con buonsenso e protezioni) ... N.d.R: ricordo la mail a disposizione della compagnia per dubbi, chiarimenti riguardo il mondo "COVID": compagniadeldiario@gmail.com".

(Bellomo) Con questi interventi siamo arrivati alla fine del nostro incontro, anche se in realtà mi piace pensare che invece abbiamo costruito un inizio. È stato per me estremamente interessante confrontare i disegni di Lele Gastini con le pagine del diario di Sergio Macciò. Tutto questo ci ha fatto capire una serie di cose: ad esempio che la salute, così come la malattia, è complessità e abbiamo capito insieme, con gli occhi e con le mani degli artisti quali Lele e Sergio, che questa complessità racchiude in sé gioia e dolore, poche certezze, moltissimi dubbi, visioni e parole che insieme per me ricostruiscono una parte della bellezza che abbiamo un po' perduto.

Lavori della GIORNATA DEDICATA ALLA "NARRAZIONE DELLA SALUTE"

Sulla Medicina Narrativa come co-costruzione narrativa di una storia di cura

dialogo tra

Antonio Pepoli, psicologo AO AL

Antonella Barbierato, coordinatore

infermieristico Cardiologia AO AL

Moderano: Patrizia Brigoni, direttore

Biblioteca Virtuale per la Salute del

Piemonte

Mariateresa Dacquino, Dirigente Co-

municazione e Biblioteca Biomedica

IRFI AOAL

(Dacquino) Antonio Pepoli e Antonella Barbierato da anni svolgono attività di formazione sulla Medicina Narrativa e hanno anche raccolto parte dei percorsi condotti nei presidi dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria in una bella pubblicazione. La moderazione è affidata a Patrizia Brigoni in quanto siamo convinti che le evidenze scientifiche siano fondamentali per la riuscita di tali percorsi e anche perché abbiamo un legame molto forte con la Biblioteca Virtuale per la Salute - Piemonte.

Il Centro Documentazione AO AL è infatti il secondo polo della BVS-P e la Dr.ssa Brigoni - così come Pepoli e Barbierato - fa parte anche della giuria del concorso "Racconto la mia Cura" che da anni questa Azienda promuove.

(Brigoni) Lavoro alla Biblioteca Virtuale del Piemonte da 10 anni e posso affermare che la Biblioteca Biomedica dell'Azienda Ospedaliera di Alessandria è una delle poche biblioteche che in questi anni non solo è sopravvissuta ma, anzi, è cresciuta, soprattutto grazie al Dr. Maconi e alla Dr.ssa Dacquino e ora continua a crescere insieme alla Dr.ssa Viazzi, ma anche grazie alla nostra Roberta Maoret che qui ha portato importanti i percorsi di formazione. Fin dalla sua fondazione, gli operatori vengono in BVS-P per studiare, per capire e per cercare delle risposte ai loro quesiti clinici e non. Si può quindi ben immaginare come mai come quest'anno la biblioteca sia stata più importante e utile. Ci sono ormai 14.000 operatori iscritti nella Biblioteca Virtuale e sono moltissimi gli accessi, più di 200mila ogni anno. Spesso gli argomenti principali delle ricerche sono i test clinici, le terapie, le tecnologie, che sono importantissimi e sono una parte importante della cura, ma occorre fare molti progressi anche nelle organizzazioni e nei processi.

La cura non è fatta solo di tecnologia e di farmaci, la cura è anche altro e lo impareremo nel corso di questa giornata. Abbiamo capito in questo periodo quanto siano importanti le relazioni, l'attenzione, l'ascolto delle storie delle persone e delle loro volontà. Questa malattia ci ha toccato in modo grave e porta con sé difficoltà, paura, dolore, perciò diventa importante accogliere l'altro e dividerne i sentimenti.

La Medicina Narrativa è divenuta nel corso degli anni una prassi consolidata di intervento e si fonda su competenze comunicative. Cerca di integrare i vari punti di vista all'interno della malattia ed è certamente innovativa perché è alternativa, costituisce l'altra parte della medicina di cui si parla di solito e che assume a volte una visione un po' troppo tecnicistica. Vorrei sentire dal dottor Pepoli che ci racconti in sintesi che cosa è la Medicina Narrativa e come può aiutare gli operatori e i pazienti.

(Pepoli) Le Medical Humanities sono un sovrasisistema che rappresenta un sistema più ampio che interagisce con aspetti legislativi, normativi, giuridici e politico-economici.

In questo contesto si inserisce anche la Medicina Narrativa che noi abbiamo tradotto in pratica con un'esperienza che è iniziata nel 2014 in modo molto mirato e specifico, conducendo prima dei gruppi di formazione per gli operatori e poi coinvolgendo i pazienti nei percorsi di miglioramento dell'elaborazione dei traumi connessi alle malattie e dell'empowerment, cioè della capacità di affrontare la malattia stessa.

In generale la Medicina Narrativa può essere considerata un modello di lavoro per realizzare il compito diagnostico-terapeutico nella maniera più pertinente possibile, poiché la tecnica non si occupa di aspetti essenziali della cura quali la pertinenza, l'informazione e la comprensione del percorso di cura che si collega direttamente all'empowerment dei pazienti. Tutti aspetti essenziali oggi dal momento che la maggior parte delle malattie sono soprattutto di tipo cronico. Oggi sappiamo che il livello di interazione medico/paziente non è più quello di una volta. Il paziente mentre è in sala d'attesa accede direttamente a Google, legge tutto e ha una consapevolezza con cui ci si deve necessariamente interfacciare. Nella comunicazione diagnostica e soprattutto per affrontare strategie terapeutiche in modo adeguato, occorrono quindi degli strumenti differenti: si lavora sulla cartella integrata, si lavora sui percorsi di comunicazione con il paziente, si lavora sulla capacità di leggere sé stessi. Io sono psicologo da quasi 30 anni e ovviamente mi occupo di aiutare il paziente a leggere sé stesso.

La psicologia in ospedale ha degli ordini di competenza molto specifici, dalla neuropsicologia ai percorsi riabilitativi e psico-educazionali. La mia esperienza nell'ambito della Medicina Narrativa è legata all'incontro con Antonella Barbierato, con cui abbiamo realizzato un modello che coagula competenze trasversali e differenti per fornire strumenti utili ed effettuare la raccolta di dati narrativi delle persone, delle proprie esperienze, delle proprie aderenze e delle proprie motivazioni. Il nostro contenitore è fatto semplicemente di

gruppi di operatori che si riuniscono, dove tutti sono allo stesso livello. Tutti noi abbiamo bisogno di una comunicazione più corretta, specifica e precisa possibile: come metodologia, per affrontare la condivisione del percorso terapeutico iniziamo dalla scrittura, ovvero la scrittura di sé stessi, delle proprie esperienze, degli eventi che ci sono capitati, dei momenti che si stanno affrontando, ragionata sulla base di stimoli visivi, narrativi e suggestioni letterarie. Si va quindi verso la lettura di sé stessi tramite la scrittura. Poi si lavora sulla condivisione all'interno del gruppo di quello che è emerso e sulla rielaborazione. Nel momento in cui si condivide la propria esperienza è possibile vedere anche i punti di vista degli altri: questo offre l'opportunità di un modello per agire in base alla risonanza degli altri che, dall'esterno, fanno emergere aspetti differenti dell'esperienza personale, particolarità che il singolo non riuscirebbe a focalizzare da solo.

Ci sono il tema della relazione, il tema della comunicazione, il tema sociale. Il problema della comunicazione all'interno dei percorsi di cura è un problema di relazione sociale, poiché scrivere per sé stessi è fine a sé stesso. La relazione sociale è qualcosa per cui se non decidi con gli altri non si arriverà a nessuna competenza e in questo nostro settore le competenze sono multiple. Ma la disponibilità di ascolto delle persone è molto differente e portare la propria esperienza in diverse situazioni e condividerla consente di amplificare la capacità di udito che dobbiamo prestare nelle relazioni quotidiane in ambito medico. La scrittura è uno dei metodi, piuttosto intensivo: scrivere vuol dire veramente far funzionare tanto anche l'apparato emotivo, la consapevolezza, bisogna anche avere tanto coraggio a volte, non è una cosa semplice.

(Brigoni) Adesso raccontiamo cosa è successo in questi anni: il vostro libro, scritto da Antonella Barbierato, Lorella De Paoli e Antonio Pepoli, è la riscrittura del campo emotivo tra medico e paziente e racconta proprio l'esperienza di questo ospedale.

Voi avete cercato di creare con i vostri colleghi la consapevolezza che la relazione è molto importante, che è necessario avere un atteggiamento diverso, di invito, e che è necessario cercare delle soluzioni coi pazienti. Allora vorrei chiedere alla Dr.ssa Barbierato di raccontarci quali sono state le iniziative messe in atto e anche quale è il bilancio di questa esperienza.

(Barbierato) Viviamo questo argomento in concretezza sia come formatori, in quanto siamo i promotori di questa formazione, ma anche ogni giorno con i pazienti perché io sono Coordinatrice Infermieristica e mi sento più che mai con le mani nel fango. Ho sempre ricercato le basi di questo mio aver scelto una professione di cura e mi sono accorta che è molto bello fare ricerca in questo senso, ma anche condividerla con gli altri. È nata dall'incontro con Antonio e Lorella l'esigenza di provare a mettersi in gioco con i gruppi di formazione composti da professionisti della cura. Abbiamo puntato moltissimo sulla parola "cura" perché è qui l'interpretazione che noi sen-

tiamo di aver scelto all'interno delle Medical Humanities e della Medicina Narrativa più nello specifico. Forti di questa vivacità culturale che ci contraddistingue: Antonio, di formazione psicologica, ed io, di formazione infermieristica di base, poi filosofica, di counseling e autobiografia, abbiamo messo insieme tutte queste cose e abbiamo deciso di metterci in gioco. Il gruppo di formazione è nato cinque anni fa all'interno della cornice della cura che ci caratterizza. Che cos'è la cura per noi? E lì abbiamo scorto questa necessità di far dialogare la tecnologia con il resto perché l'uomo è fatto di tante cose e non può essere solo una risposta tecnologica quella alla cura. Siamo partiti cercando di sviscerare questo concetto, che cos'è per noi la cura, e ci siamo accorti che, in linea con la ricerca filosofica che esiste da sempre, curare non è lo stesso che aver cura e noi come professionisti abbiamo scelto di aver cura di quella persona che a noi si rivolge. Lavoro in cardiologia, è più facile fare un esempio: se una persona a 50 anni ha un infarto e viene da noi, certamente noi dobbiamo applicare le migliori buone pratiche e le linee guida più recenti per curare l'infarto. Ma non finisce tutto lì. Perché questo uomo di 50 anni ha una vita dentro cui mettere questo infarto e purtroppo succede che noi prescriviamo la famosa doppia antiaggregazione come terapia. Ecco, è successo che qualcuno sia tornato in ospedale con un altro infarto perché aveva deciso di non prendere la doppia aggregazione. Ma quanto noi siamo riusciti ad entrare nella vita di questa persona per comprendere se l'avrebbe presa? E quanto siamo in grado di farci stare questa doppia antiaggregazione nella sua vita di cinquantenne? Questo è il senso di ragionare sulla cura e di ragionare sul fatto che siamo professionisti della cura a metà se non acquisiamo anche la capacità di entrare con delicatezza nella vita degli altri per aiutarli a vederla in modo diverso. Ormai l'infarto è avvenuto e bisogna aiutarlo a trovargli una collocazione nella vita. Ho fatto questo esempio perché aiuta a comprendere che cos'è questa competenza narrativa, per quale motivo noi dobbiamo avere una competenza comunicativa e perché la cura sarebbe tronca se noi non facessimo questo tipo di intervento sul paziente. Noi abbiamo scelto la scrittura come tecnica perché ha un'importante funzione di autocura. Quindi, quando io scrivo di me, metto nero su bianco il mio pensiero, lo vedo davanti e questo pensiero diventa oggettivo, sono in grado di lavorarci sopra, di ricucire i miei pensieri e dar loro un ordine. Sono in grado di ripararli perché, se ho avuto un dolore che mi ha impedito di rimanere su questa cosa, scrivendo io ci rimango e posso anche dare un senso a quello che mi è accaduto, ho la possibilità di vedere questo dolore. La scrittura fa queste cose, quindi autocura. Inoltre, quando io ho riparato e ho preso consapevolezza, posso finalmente pensare di progettare un futuro malgrado quello che mi è successo. Questo è il motivo per cui abbiamo scelto la scrittura. Personalmente l'ho scelto come metodo di autocura anche perché io sono autobiografo e quindi l'ho sperimentato prima su di me e mi sono poi sentita di proporlo al gruppo di formazione. Questo avviene da cinque anni e

ogni anno con una tematica diversa. Abbiamo ragionato sul corpo e la cura e nell'anno 2017 abbiamo realizzato una mostra di scritti e iconografie - essenzialmente fotografie - su ciò che noi avevamo prodotto in quell'anno, esposta nell'atrio del nostro Ospedale e che trovate descritta anche nel nostro libretto. Vorrei fare una precisazione. Ho parlato solo di autocura, quindi di cura dei professionisti. Ecco, questa è stata una nostra scelta di base. Se ho scelto di aver cura degli altri è importante che io prima abbia avuto cura di me. Se devo stare al fianco di una persona che ha una patologia cronica fortemente invalidante, devo prima capire cosa penso io della malattia. Come vivo la malattia? Quale esperienza ho fatto io e come l'ho superata? Io o qualcuno dei miei familiari, qualcuno delle persone che nella vita ho incontrato e amato e che quindi hanno avuto una risonanza emotiva su di me. Cosa succede quando vedo un altro morire? Cosa succede quando mi relazio con il familiare della persona deceduta? Tutte queste esperienze producono in noi delle emozioni inevitabili essendo l'uomo fatto anche di emozioni. Ecco, lavorare con la scrittura su questo tipo di emozioni aiuta a riconoscerle, a dar loro il significato che hanno di apprendimento per noi e a non sprecarle. Le emozioni le abbiamo, le dobbiamo riconoscere e dobbiamo sapere come scatteranno. Questo è il lavoro che facciamo sui gruppi. Abbiamo anche lanciato questa iniziativa del concorso letterario perché questa è l'occasione per far scrivere anche il paziente. Il paziente compare nella nostra cura per il fatto che ciascun operatore che sta partecipando a questi gruppi ha cambiato il suo modo di interagire col paziente e con i suoi familiari. Nei reparti vedo che gli infermieri, gli OSS e i medici che hanno partecipato hanno proprio un approccio diverso perché poi, alla fine, il risultato che deve dare la formazione è anche una modifica nel comportamento. Il cambiamento nella cura, quindi, avviene in modo indiretto con il cambiamento del professionista. Questo concorso letterario sicuramente è una grande opportunità per i pazienti e i loro familiari poiché non dimentichiamo che anche questi ultimi vivono l'esperienza della malattia.

Credo sia necessario parlare nello specifico di questo anno, il 2020, perché è stato particolarmente difficile e ha travolto tutti noi. Ieri il Prof. Bellomo ha detto delle parole molto belle nel suo intervento: "Da una parte la tecnologia e la farmacologia rappresentano l'ordine, ma esiste anche il disordine di corpi e anime malati. Nella pandemia sembra trionfare il disordine di corpi anime malati, ma si colgono momenti di bellezza e di speranza". È vero che a volte subentrano il senso di impotenza, lo smarrimento e la paura negli operatori e nei pazienti, ma la cura è data da chi ascolta e accoglie l'altro e condivide i sentimenti.

(Brigoni) Credo che in questo anno abbiate rafforzato la vostra idea e che l'esperienza debba continuare perché la Medicina Narrativa può fare davvero bene alla cura.

(Barbierato) Beh sì, è indubbio. Il 2020 è ancora in corso e non sappiamo ancora dove finiremo con questa pandemia. Quello che sicuramente mi sento di dire è che per noi è stato un anno che vale almeno per tre. È stato pesante per tanti aspetti, ad esempio quelli personali perché ciascuno di noi ha avuto paura di ammalarsi e continua ad avere paura di ammalarsi e di far ammalare gli altri a casa. La condizione che è stata messa più in discussione in questo periodo è sicuramente la solitudine. La solitudine di chi viene ricoverato in questo momento, perché non possono entrare i familiari. La solitudine nella malattia, ma anche la solitudine nella morte. Si è capito che non è un optional imparare a relazionarsi con le persone e che forse è, in alcuni momenti, la parte predominante.

(Pepoli) L'anno in corso è un incubo dal punto di vista narrativo. Il congelamento degli affetti e delle idee è totale, anche perché la vicenda è attualissima. L'angoscia è enorme e chiaramente, di fronte a un trauma, tutto ciò che era ordine ora diventa disordine, caos totale e noi reagiamo con delle forme di congelamento. Però diventa imperativo provare a dare delle risposte. Credo che, in una situazione eccezionale come questa, le nostre risposte debbano essere un po' riviste. Negli anni passati avevamo istituito una stanza per la scrittura nel reparto di Neurologia con all'interno degli stimoli, ovvero bigliettini, frasi e materiale specifico come i libri, che sono la fonte d'ispirazione della Medicina Narrativa, oltre a una cassetta per depositare i propri scritti. Con tutti i problemi della tutela della privacy che ci possono essere, credo che nei momenti di caos e di trauma sia un po' difficile traghettare la popolazione verso gli strumenti della tecnologia, pensiamo soprattutto agli anziani. Occorre riuscire a dare dei mezzi più diretti ai pazienti e ai familiari che poi sono quelli che hanno scritto di più, pensiamo in questa occasione al trauma di allontanarsi da un caro malato e non poterlo più vedere. Quindi il pensiero ritorna a una sorta di cassetta dove depositare gli scritti a cui affiancare poi una persona capace di declinarli sui mezzi più tecnologici, ma anche di dar loro voce presso un giornale locale come Il Piccolo con una pagina dedicata alle proprie esperienze affettive. Ripeto, scrivere è una autocura e quando scrivi, soprattutto della malattia, è bello dar voce a questa scrittura. Quindi in questo momento di congelamento il pensiero condiviso con Lorella è stato di come ritornare sui vecchi paradigmi, sul vecchio modello della stanza, della cassetta, della scrittura nei reparti, con la possibilità di dare anche uno strumento di traduzione digitale e di trasmissione e condivisione sociale dello scritto su carta.

(Brigoni) Nella nostra videoteca ci sarà sempre spazio anche per queste esperienze, per gli articoli e i libri che lavorano su percorsi diversi.

La scrittura come rinascita dialogo tra

Sandro Spinsanti, fondatore e direttore dell'Istituto Giano per le Medical Humanities e il Management in sanità e autore di numerose pubblicazioni

Gianfranco Mogliotti, vincitore del concorso di Medicina Narrativa "Racconto la mia cura"

Modera: Mariateresa Dacquino, Dirigente Comunicazione e Biblioteca Biomedica IRFI AOAL

(Dacquino) Sappiamo che la lettura, la letteratura e il cinema possono aiutare sia chi cura sia chi opera le cure: la loro importanza è indicata nel documento della consensus conference dell'Istituto Superiore di Sanità del 2014 che riporta varie accezioni per Medicina Narrativa: la narrazione, quella che fa parte delle Medical Humanities e dei vissuti umani, i racconti legati alla sofferenza e le modalità di gestione del rapporto medico/paziente che tiene proprio conto dell'unicità dell'individuo come persona e quindi vede nell'ascolto la base di questo rapporto. È proprio sulla base di questi approcci che si dipana il dialogo di questa sessione. Vorrei quindi chiedere al Prof. Spinsanti, in merito alla sua pubblicazione: cosa significa medicina vestita di narrazione?

(Spinsanti) La difficoltà nasce dal fatto che il termine narrazione ha diversi significati e dobbiamo quindi specificare perché ci sono tre diverse accezioni di Medicina Narrativa. È un po' come se dicessimo: "Ho comprato la frutta. Va bene, che frutta? Uva, mele o banane? Perché, oltre a gusti diversi, hanno anche un utilizzo diverso". Nel nostro caso dovremmo dire: "Ma di quale Medicina Narrativa stiamo parlando? Che cosa è la narrazione? Che tipo di frutta è?". Ebbene, ci sono tre frutti molto diversi. Il primo ha a che fare con le scienze umane intese in senso molto ampio e quindi si tratta di letteratura, ma anche di cinema, arte, teatro e tv. Di che cosa stiamo parlando? Stiamo parlando del fatto che la medicina è un'arte molto complessa, costituita da due versanti: quello che guarda verso la scienza, quindi le scienze esatte, e quello che guarda verso le scienze umane. In genere quando parliamo di medicina siamo tutti focalizzati sulle scienze esatte. Vorrei fare una esemplificazione di questo allargamento dell'orizzonte e lo prendo da un grande clinico che è anche un grande saggista, ovvero lo scrittore americano Atul Gawande. Nel suo ultimo libro Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo² inizia scrivendo più o meno così: "Quando io ho cominciato volevo es-

² Gawande, Atul, Essere mortale. Come scegliere la propria vita fino in fondo, Torino, Einaudi, 2016

sere medico. Ho cominciato a studiare medicina all'università. Per una mezz'ora o forse poco più mi sono confrontato con la letteratura perché mi hanno fatto leggere "La morte di Ivan Il'ic" di Tolstoj e poi questo libro è andato a finire in un cassetto e non è più venuto fuori perché io ero all'università per occuparmi delle scienze mediche". Leggo testualmente: "A preoccuparci era la conoscenza. Mentre sapevamo come ci si comporta in modo comprensivo non eravamo affatto certi di saper individuare la diagnosi e le terapie appropriate. Pagavamo rette universitarie perché volevamo conoscere i processi interni del corpo, i complicati meccanismi delle patologie, l'immenso tesoro di scoperte e tecnologie che l'umanità aveva accumulato per contrastarle. Non pensavamo che ci fosse altro modo da dover considerare". Poi Atul Gawande continua: "Da quando poi ho cominciato a fare il medico mi sono reso conto che quello che invece Tolstoj ne "La morte di Ivan Il'ic" aveva messo in pagina era fondamentale, perché la mortalità è un elemento indispensabile di fare medicina". Ecco, attraverso questo esempio vorrei dire che c'è tutto un sapere intorno al fare bene il medico, l'infermiere, insomma, il professionista della salute, che non dipende dalle scienze esatte ma dipende dal nostro occhio e il nostro occhio può essere allargato, amplificato dalla letteratura, dall'arte, dalle serie televisive. Basterebbe che ci fermassimo un attimo e pensare da E.R. in poi che cosa è stato l'impatto delle serie televisive sul nostro modo di capire e di fare la medicina. Tutto questo non è irrilevante. E questo è "il primo frutto": chi vuol fare bene la medicina deve avere non soltanto conoscenze mutuate dalle scienze esatte, ma anche dalle arti, dal sapere, dalla letteratura. Quindi narrazione è tutta questo insieme di saperi che derivano dal nostro sguardo. Passiamo al "secondo frutto": diciamo che dopo l'uva mettiamo le banane, completamente diverse. Sono le narrazioni, e siccome avremo tra un po' con Gianfranco Mogliotti la possibilità di entrare direttamente dentro la narrazione, vado molto veloce. È un fatto, però, che da alcuni anni a questa parte la malattia viene anche narrata da coloro che passano attraverso il dolore e la cura. Questo tipo di narrazione non è come "La morte di Ivan Il'ic" o la serie televisiva, riferiti alla bellezza e alla capacità di raccontare. Chi fa questo tipo di narrazione non vuol vincere un premio letterario o un premio cinematografico, ma fa narrazione perché nasce dal suo bisogno di raccontare quello che ha vissuto. Questa è una modalità relativamente nuova. Fino a non molto tempo fa l'atteggiamento culturale dominante, di fronte alla malattia, era di nascondersela. Il primo in Italia che ha rotto il tabù si chiamava Gigi Ghirotti, un giornalista che ha avuto il cancro, è andato a farsi curare in Svizzera e poi ha cominciato a parlarne. Era una cosa assolutamente nuova perché l'atteggiamento di fronte al male e di fronte alla malattia solitamente era di nascondersi e di tacere. Gigi Ghirotti, nel tunnel della malattia, ha rotto questo incantesimo. Da allora è uno tsunami di racconti sia pubblicati e sia online. E poi c'è il "terzo frutto", il terzo tipo di narrazione, che non è riferita al vissuto proprio delle persone che hanno una patologia e attraversano un percorso

difficile di cura. La terza accezione è quella che è stata fatta proprio dall'Istituto Superiore di Sanità in una consensus conference, portando la Medicina Narrativa su un altro terreno. Ne parleremo nel corso del nostro incontro, ma dico soltanto che questa terza accezione non ha a che fare né con lo sguardo coltivato dalla letteratura, dall'arte, dal sapere, né con il vissuto di chi racconta il proprio male, ma è più riferita alle modalità che dovrebbero intercorrere tra chi eroga le cure (medici, infermieri, psicologi, psicoterapisti...) e chi le riceve. E questo aspetto è declinato dalla Medicina Narrativa in una maniera diversa da come era in passato. Arrivo quindi a rispondere alla sua domanda "che cos'è una narrazione in medicina?". La narrazione in medicina sono tre cose diverse che vanno chiarite: stiamo parlando delle Medical Humanities? Stiamo parlando dell'arte del sapere e dell'ampliamento dell'orizzonte che dobbiamo avere per capire la malattia? Perché la malattia non è soltanto quello che si vede al microscopio. È quello che si vive. Stiamo parlando dei misery report, cioè dei racconti di dolore? O stiamo parlando del rapporto clinico? Ebbene, sono queste tre accezioni molto importanti che abbiamo tenere presenti, anche se adesso il nostro sguardo si concentrerà più sulla seconda accezione, ovvero quella che Gianfranco Mogliotti ci porterà a conoscere attraverso il suo proprio vissuto di malato e di scrittore.

(Dacquino) Con questa sua esaustiva risposta ha in qualche modo anche anticipato la domanda che volevo fare al Dr. Mogliotti perché il suo è proprio un esempio di racconto di dolore, ma anche di superamento dello stesso. Gianfranco Mogliotti ha saputo raccontare la sua storia umana. Noi lo abbiamo conosciuto così, in occasione del Concorso di Medicina Narrativa che la nostra Azienda ha organizzato qualche anno fa e poi nelle pagine del suo libro che ha anche un titolo accattivante, ovvero L'inquilina dell'attico. Gianfranco ci puoi raccontare la tua esperienza, il tuo percorso di dolore ma anche di rinascita?

(Mogliotti) Posso dire che oggi "gioco in casa" perché il libro di cui vengo a parlare è nato proprio qui, all'Ospedale di Alessandria. Il giorno in cui ho avuto la diagnosi mi ha cambiato la vita, così come l'ha cambiata alle oltre 110.000 persone che hanno avuto questa diagnosi. Parliamo di ventidue anni fa, era il 1999, e non si aveva ancora una grande percezione dell'acquisire una patologia e ammorbidirla. Tenzialmente le patologie si vivevano in modo molto nascosto, cioè quando c'era una persona che non riusciva a deambulare normalmente, o addirittura doveva utilizzare la carrozzina, veniva sempre comunque lasciata un passo indietro. Essere riuscito in questo periodo a cavalcare i segnali positivi che questa patologia pesantissima è arrivata a regalarmi, mi ha permesso di scrivere questo libro, questa sorta di autobiografia romanzata che si intitola appunto L'inquilina dell'attico. L'inquilina dell'attico non è altro che la sclerosi multipla, cioè colei che abita nella parte nobile del nostro corpo, l'attico. Chiamandola così, in un modo dolce, chi prende in mano questo libro non viene subito spaventato

dal fatto di arrivare a pensare che chi lo ha scritto può essere in carrozzina piuttosto che con le stampelle o incapace di parlare - perché purtroppo potrebbe andare a colpire anche il trigemino e non permettermi più di parlare come parlo adesso. Per cui ho fatto il grande sforzo di cercare di trasformare positivamente qualcosa che di positivo in teoria ha ben poco.

(Spinsanti) Avrei moltissime domande da fare a Gianfranco perché mi ha molto incuriosito. Intanto comincerei da questa immagine che mi ha evocato *Sliding Doors*, non so se qualcuno ricorda quel celebre film con Gwyneth Paltrow in cui a seconda che prenda o non prenda una porta della metropolitana cambia la sua vita. È un po' come questo appuntamento con la malattia che uno non vorrebbe, naturalmente, ma cambia la vita. E c'è ancora un'altra immagine che mi piace molto, ovvero il titolo. L'inquilina dell'attico mi ha ricordato una frase di Kierkegaard, il grande filosofo, che, rispetto ai nostri atteggiamenti verso la malattia, diceva: "Pensiamo a una casa composta da uno scantinato, pianterreno e primo piano, abitata o adibita in modo tale che ci sia o sia stata prevista una differenza di ceto tra gli inquilini di ciascun piano; e confrontiamo l'essere umano con una simile casa: è tanto peggiore il caso doloroso e ridicolo della maggior parte degli uomini che, nella loro casa, preferiscono vivere nel sottosuolo³". Ecco, nel caso di Gianfranco l'immagine dell'inquilina dell'attico ci rende possibile capire che entrare dentro questa malattia è anche un po' come salire dal sottosuolo, da quella vita, in genere abbastanza spenta, abbastanza cieca, abbastanza stupida che siamo spinti a vivere, per andare ai piani superiori fino addirittura all'attico. Vorrei proprio chiederle questo Gianfranco: cosa è stata la sua esperienza attraverso questa inquilina scomoda, di salire le scale e dal pianterreno arrivare fino all'attico? Che cosa le ha portato di beneficio questo confronto con l'inquilina?

(Mogliotti) Vede professore la cosa più importante che mi ha portato è avermi aiutato a salire verso la luce. Il dipinto che sta in prima pagina, proprio sotto il titolo, è realizzato da Feofeo di Asti e si intitola *A rivedere le stelle*. Il processo è proprio quello. Il 7 aprile del 1999 dopo la risonanza i medici, senza tanti peli sulla lingua, mi dissero: "Ragazzo è la sclerosi multipla. Non si muore, però purtroppo non si guarisce". Io al mattino ero entrato con i miei occhiali da sole, con i capelli col gel, ben sistemato, e dopo due ore ero praticamente un malato: nel giro di due ore ha stravolto completamente la mia vita. E a quel punto uno si trova che ha toccato il fondo e quando si tocca il fondo si può solo cercare di ritornare su. Il fatto di mirare all'attico non è ambizione ma rispetto. Rispetto per le persone che mi hanno invitato qui e mi fanno portare questa testimonianza, per i medici che pensano quale farmaco migliore somministrarmi affinché possa gestirmi e gestire un discorso, continuando così a diffondere questa mia esperienza. Per rispetto a tutte queste persone,

mirare sempre all'alto, avvicinarmi alla luce è un dovere che io mi sento di rivestire.

(Spinsanti) Ho un'altra curiosità. Attraverso questa sua testimonianza, qual è stato il rapporto che si è creato con il mondo degli altri malati? Il suo vissuto è stato quello di essere isolato nella sua malattia oppure si è creata una rete, uno scambio, una comunità reale e virtuale attraverso questo suo venir fuori, questo coming out? E che cosa ha comportato questo nel rapporto con gli altri?

(Mogliotti) Il mio intento è solo di portare le mie testimonianze, spiegare la strada che seguo per cercare comunque di convivere nel modo migliore con questa inquilina dell'attico. Non mi pongo nient'altro, se non come libro da leggere oppure come persona da ascoltare, come ora, con le cose che mi state aiutando a tirare fuori di me. È un'esperienza molto pervasiva il fatto di riuscire, comunque senza nessuna velleità, a provare a incuriosire e magari fari dire alla gente "cavolo ma se lui ce l'ha fatta facendo questa strada qui magari provo a seguirla". Proprio come ho fatto io. Anch'io ho seguito altre strade: per cui vorrei essere un esempio, vorrei cercare di portare quello che è il mio vissuto come prova del fatto che, nonostante tutti i limiti, comunque ce la possiamo fare. Voglio fare un esempio di come è la mia vita. Insieme a un gruppo di miei amici che ho battezzato "Running Angels" da 20 anni vado a fare delle corse, pensate che mi hanno portato a fare già 8 maratone in giro per tutta Italia. Addirittura, il 7 aprile del 2019, a 20 anni dal giorno della diagnosi, questi amici mi hanno portato a correre la Maratona Internazionale di Roma: io ero il primo sulla linea di partenza con il numero 1 sul petto e dietro di me avevo 10.000 persone. Ricordo che quando la banda ha iniziato a suonare l'inno d'Italia, prima dello start, io e la dottoressa che mi accompagnava ci siamo presi per mano e ci siamo messi a piangere.

(Dacquino) Grazie perché queste sono testimonianze che fanno venire la pelle d'oca anche a noi che le stiamo seguendo qui, nella nostra biblioteca. Adesso Professore torniamo un attimo sulle evidenze. Abbiamo detto che le evidenze agevolano la narrazione. Abbiamo citato questo documento così importante, che rappresenta un tassello fondamentale nel riconoscimento della medicina narrativa come buona pratica clinica. Perché è così tanto importante il documento dell'Istituto Superiore di Sanità è perché ha così tanto valore per chi esercita la relazione con il paziente?

(Spinsanti) Prima di tutto perché questa consensus conference aveva come compito di rispondere a tre domande semplicissime, lineari, ma fondamentali. Prima: che cos'è la Medicina Narrativa? Seconda: a che cosa serve? E terza: quali sono i metodi? Quel documento ha voluto fissare l'attenzione sulla terza accezione che menzionavo prima di Medicina Narrativa. L'ha definita così, mi permetto di leggerla: "Per Medicina Narrativa si

³ Kierkegaard, Søren, *La malattia per la morte*, Roma, Donzelli, 1999

intende una metodologia di intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere, integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato⁴. Dentro questa definizione un po' astratta ci sono delle cose molto concrete. Primo, Medicina Narrativa non è un sinonimo della medicina di bontà. Spesso l'umanizzazione viene intesa come essere gentili, comprensivi, empatici, un po' la medicina dei buoni. No, è la medicina dei buoni terapeuti. E qui c'è tutta una differenza fondamentale. Non parliamo dei terapeuti buoni ma dei buoni terapeuti, il che vuol dire che oggi se non si pratica la cura in una certa maniera, la cura è, secondo il nostro vissuto, una cattiva cura. Il che vuol dire che anche la medicina più raffinata, quella che fa le diagnosi e che dà le terapie se non integra degli altri atteggiamenti è cattiva medicina. Tiziano Terzani, in *Un altro giro di giostra*, fa una denuncia dura nei confronti degli eccellenti medici che l'hanno curato quando gli è stato diagnosticato il cancro negli Stati Uniti. Andato a New York per farsi curare dice, leggo una sua frase molto celebre: "Per loro io ero un corpo malato da guarire, e avevo un bel dire. Ma io sono anche una mente, ho anche uno spirito, sono un cumulo di storie, di esperienze, di sentimenti, di pensieri, di emozioni che con la mia malattia probabilmente hanno un sacco a che fare. Nessuno sembrava volerne tenere conto. Neppure nella terapia. Quel che veniva attaccato era il cancro. A me come persona, i bravi medici aggiustatori chiedevano poco o nulla. Bastava che il mio corpo fosse presente agli appuntamenti che loro gli fissavano per sottoporlo ai trattamenti⁵". Ecco lo schema della cattiva medicina. Ed è veramente impressionante correlarlo con la medicina del più alto livello tecnico e grande efficacia. Tanto è vero che il suo primo cancro ha avuto una remissione per alcuni anni, ma erano aggiustatori. Allora, ritorniamo a quello che dice la consensus conference. Quando parliamo di Medicina Narrativa, in questo ambito, noi stiamo parlando di una competenza e non è qualcosa di facoltativo: ci sono i buoni e i non buoni, quelli sensibili quelli insensibili. La competenza vuol dire che se tu non hai la capacità di entrare in rapporto, di ascoltare, di prendere in considerazione il vissuto del paziente, tu sei un cattivo terapeuta. E qui c'è una cosa che dovremmo esplicitare. C'è un cambio di paradigma. La medicina durante la nostra generazione ha cambiato il paradigma fondamentale. Che cosa si intende? Che la buona medicina, la buona cura, la stabilisce il medico. Lui sa, in scienza e coscienza, qual è la buona cura per il paziente. Pensiamo come esempio al paradigma copernicano e al paradigma tolemaico. Fino a metà del Cinquecento tutti gli astronomi hanno visto le cose come le vedeva Tolomeo, vissuto nel II secolo d.C., cioè la Terra è ferma e il sole gira intorno alla Terra. Finché è arrivato Copernico che

disse il contrario: il sole è fermo ed è la Terra che gira. Ecco, lasciatemi fare questa metafora. In medicina è avvenuta una cosa di questo genere per 2.400 anni: c'è il malato con la sua malattia e c'è il terapeuta che sa quello che deve essere fatto e gli prescrive il farmaco. Questo è il modello tolemaico. Poi durante la nostra generazione è avvenuto il cambiamento copernicano: scienza e coscienza non bastano più perché se il terapeuta non ascolta il malato, se non ascolta come il malato vuole essere curato e fino a che punto vuole essere curato, se il terapeuta non è capace di ascoltare e dialogare - come dice la consensus conference "acquisire, comprendere, integrare i diversi punti di vista" (del terapeuta, ma anche quello del malato e quello del familiare) - noi avremo una medicina eccellente dal punto di vista tecnico e diagnostico-terapeutico, ma avremo una cattiva medicina, una medicina che deluderà sempre. A questo proposito vorrei dire una cosa importantissima che abbiamo scoperto durante il lockdown: abbiamo riscoperto quanto è importante lo sguardo. Per tutti i problemi che sappiamo, essere guardati era quasi diventata l'ultima risorsa. Nemmeno le mani, perché c'erano i guanti. Lo sguardo è diventato così importante perché un rapporto comincia con lo sguardo. Durante una visita c'è l'ascolto e c'è il tempo della visita, perché la buona medicina non è un numero di prestazioni, e la capacità, come dice la consensus conference, di avere una competenza comunicativa oggi non è un optional. Oggi se non hai una competenza comunicativa non sei un buon terapeuta. Allora dove ci porta la Medicina Narrativa? Ci porta a riscoprire questa capacità di incontro, di raccolta del vissuto e tradurlo poi in concreto. Questa è la grande sfida della Medicina Narrativa. La Medicina Narrativa deve diventare, insieme alla Patologia e insieme alla Farmacologia, un elemento di formazione, di conoscenza di chi si accinge a fare il terapeuta.

(Dacquino) Una bella sfida, che vorremmo cogliere Professore. Nel senso che il nostro Festival è certamente un piccolo semino che, come Centro Studi, abbiamo voluto lanciare in un percorso decisamente più ampio. È ormai un anno che siamo partiti e questa è un'occasione per lanciare una serie di progettualità che possano coinvolgere prima di tutto l'Ospedale e tutti i professionisti perché sono loro che già stanno lavorando su tanti fronti. Quindi lei ci ha lanciato una sfida e noi la vorremmo raccogliere, per fare sì che quello che lei dice possa diventare parte di un percorso importante, un percorso formativo di metodo sulla Medicina Narrativa e sulle Medical Humanities.

⁴ La Medicina Narrativa <<https://www.medicinanarrativa.network/la-medicina-narrativa/>>

⁵ Terzani, Tiziano, *Un altro giro di giostra*, Milano, Longanesi, 2004

Risonanze: la musica come terapia dialogo tra

Pietro Barbetta direttore Centro Milanese di Terapia della Famiglia, professore Psicologia Dinamica, Università degli studi di Bergamo

Marzia Zingarelli pianista, docente di Pratica della lettura vocale e pianistica, docente di Musicoterapia Conservatorio "Vivaldi" di Alessandria

Modera: Patrizia Santinon, Dirigente Medico di Psichiatria AO AL

(Santinon) Buongiorno a tutti, siamo con due persone speciali: Marzia Zingarelli è pianista concertista professore di musicoterapia e membro del Direttivo Nazionale dell'Associazione Italiana Professionisti della Musicoterapia, ci lega l'esperienza comune dei laboratori di musicalità e di musicoterapia realizzato prima negli spazi di questo ospedale e poi all'ex ospedale psichiatrico San Giacomo dell'ASL AL. Progetto che testimonia la collaborazione e la pratica di linguaggi diversi.

Pietro Barbetta è Direttore del Centro di Psicoterapia della Famiglia di Milano e professore di Psicologia Dinamica all'Università di Bergamo. Ci unisce la curiosità rispetto ai luoghi della memoria e della cura: nostro comune interesse è il dialogo rispetto a ciò che è terapia e ciò che non lo è, in particolare per quelle che vengono definite 'nuove terapie', le terapie alternative e quelle che in realtà sono terapeutiche da sempre. In questo contesto la musica ha un ruolo centrale nella misurazione somatopsichica e nell'intersoggettività. Va ricordata la presenza di un oggetto sonoro che ci appartiene da sempre, ossia la voce della mamma, esperienza unica che dà l'idea che le rappresentazioni primarie siano innanzitutto sonore prima ancora che visive. La musica fonda il suo potere produttivo e creativo sull'interpretazione: con gli ospiti discuteremo di questi argomenti, a partire da una riflessione: il corpo può essere un oggetto di indagine medica e di lavoro artistico. Che cosa può essere un corpo? Cosa può un corpo?

(Barbetta) Questa è una domanda affascinante, perché noi possiamo interpretare il corpo come un composto di organi che hanno un loro funzionamento fisiologico. Possiamo però considerare non solo il corpo inteso come organismo, quello studiato con l'esame di anatomia, ma anche quello teatrale, musicale... la danza è 'corpo figurativo'. Abbiamo quindi tanti modi per rispondere alla domanda: nelle accademie di Belle Arti si studia un manuale di anatomia di gran lunga differente da quello medico, legato allo studio del corpo come oggetto di rappresentazione. Quando parliamo di corpo musicale non ci riferiamo solo al gruppo di musicisti che suonano, si

intende il corpo umano che si muove dentro la musica, che ha sempre invitato il corpo a muoversi. Qualsiasi tipo di musica in qualsiasi luogo è un invito al movimento: esistono concerti in cui si sta seduti per ragioni storiche. Ma ciò non toglie che il bisogno di movimento è richiamato dalla musica, che muove il corpo in maniera diversa rispetto alla logica e rispetto alla parola.

(Zingarelli): Da musicista so bene che non nasce un suono se non c'è un movimento e non c'è un movimento che non procuri un suono. Il suono e la musica hanno un'origine assolutamente lontana che nel corso dei secoli ha sempre accompagnato tutte le attività umane, i riti, i matrimoni, le cerimonie, l'attività lavorativa: insomma, un patrimonio di qualsiasi cultura. Come Conservatorio, l'incontro con un ambito medico è stato assolutamente accolto in modo favorevole perché ognuno di noi sa bene che qualsiasi brano o qualsiasi canzone può variare il nostro stato emotivo. C'è differenza da come si fruisce la musica a come pensiamo all'ascolto: non ascolto passivo, perché qualsiasi ascolto prevede un'attività.

Nella musicoterapia, l'interazione è quella che fa la differenza, l'interazione musicale. Per un intervento è necessaria una grande competenza musicale per poter riconoscere e poter utilizzare a seconda degli obiettivi un brano musicale specifico. Nel contesto terapeutico, possiamo dire che siamo di fronte a 'qualcosa che risuona' ossia qualcosa che nel quotidiano, attraverso diverse modalità, consente di essere in relazione con l'altro: essere sulla stessa lunghezza d'onda con la struttura musicale che la persona in quel momento sta vivendo.

Nella attività di musicoterapia ho proprio trovato la necessità di esplorare la paura dell'incontro con l'altro: attraverso la musica una serie di persone sofferenti di una patologia severa possono trovare un canale comunicativo altro, abbiamo parlato più volte nei nostri incontri, del valore della danza. Per quanto riguarda la patologia dell'Alzheimer oppure altri tipi di patologie esistono vari tipi di sollecitazione e la musica prodotta col corpo e con la voce si può considerare come pratica terapeutica.

(Santinon): Non si può pensare alla voce senza legarla alla dimensione dell'ascolto, quindi cos'è il musicoterapeuta?

(Zingarelli): La musicoterapia è una disciplina parzialmente riconosciuta, che ha visto una evoluzione negli ultimi 50 anni: il musicoterapeuta innanzitutto è colui che ha una grande pratica musicale, una conoscenza profonda delle strutture musicali di tutto il linguaggio musicale. È innanzitutto un musicista che, oltre alla formazione musicale, deve avere una formazione relazionale e clinica. Avere un modello di riferimento costituisce un background teorico metodologico a seconda dell'approccio: relazionale o riabilitativo. La differenza tra fare musica e musicoterapia è notevole: di fondo vi sono obiettivi diversi, obiettivi terapeutici, già stabiliti dal contesto sanitario. Prima di progettare un intervento di musicoterapia nel contesto dell'Azienda Ospedaliera, rac-

contando proprio la nostra esperienza, abbiamo fatto un grande lavoro di preparazione, innanzitutto tra le figure che si relazionavano con i pazienti. Bisogna entrare in un contesto di equipe dove ognuno, con la propria specificità, contribuisce al benessere inteso di ciò che va bene al paziente. Tengo a sottolineare che la letteratura scientifica propone due terminologie specifiche per i due livelli di interventi legati sempre al suono e alla musica: la Music Medicine e la musicoterapia. La distinzione è legata soprattutto al livello di competenze tra chi applica la musica e chi applica la musicoterapia.

(Barbetta): È in corso un dibattito su chi sia un musicoterapeuta: concordo con la collega, per fare la musicoterapia bisogna essere un musicista quindi conoscere la musica. Inoltre, chi studia musica conosce di solito anche la storia della musica. Oggi, sia ai medici che agli psicologi manca spesso questo approccio: medici e psicologi affrontano la storia della medicina in modo troppe volte superficiale. Sono lieto che anche ad Alessandria sia stato intrapreso questo approccio di Medical Humanities, che recuperano il valore della relazione, della storia offrendo un aiuto sul piano diagnostico, in particolare in psicologia, che è una scienza umana e sociale e non una scienza.

(Santinon): Lo studio della storia non è fatto per sciogliere il presente nel passato, citando Ogden, ma per rendere il contesto più chiaro. Per la salute mentale la storia della psicologia, la storia della psicoanalisi e la storia sono importanti nel loro contributo alla nascita dei servizi. Ma ora facciamo una domanda più personale, legata ad una 'vignetta clinica' di una paziente a cui canti la 'Ninetta'. Il tuo modo di fare psicoterapia si avvicina di più ad un lavoro artigianale o ad una scienza?

(Barbetta): Il lavoro transculturale mi permette di connettermi a tante culture. La vignetta clinica è la storia di una persona che ha dei disturbi sul versante psicotico, di solito vengono chiamati paranoie. Questa donna è convinta che ci sia un intero ente sanitario regionale che la perseguita: la mia esperienza mi ha insegnato che non è possibile dire ad una persona paranoica che si sta sbagliando. Ero in difficoltà e mi sono chiesto: 'cosa posso fare ora?' a quel punto mi è venuta in mente una bella canzone, una canzone popolare antica. La canto e la mia paziente mi guarda un po' attonita e poi si mette a ridere, una vera risata di gusto: ecco, in quel momento abbiamo creato una vera e propria alleanza terapeutica. Nelle successive sedute terapeutiche il riso è stato l'elemento curativo, anche grazie all'introduzione di un certo tipo di musicalità, in particolare le canzoni popolari dialettali, un po' briose o altre opere gioiose. Devo ammettere che si è trattato di un caso singolare, non credo che mi capiterà più. In questo senso diciamo che emerge il lavoro 'artigiano': qui emerge il tema della formazione dello psicoterapeuta, nel quale la musica è emblematico punto di vista.

MZ l'episodio che racconti fa emergere il concetto dell'identità sonora. Con questa la musica è stata l'avvio della relazione, bypassando un codice che

normalmente utilizziamo nelle nostre relazioni quotidiane che è quello verbale. Questo ci dimostra che indipendentemente dal brano o dall'autore, la forma musicale si esprime come processo: il terapeuta è colui che ha la competenza per poter utilizzare questi strumenti.

(Santinon): come vivete il rapporto tra sentimento e suono nel vostro esercizio di musicoterapeuti? Personalmente ho potuto vedere improvvisazioni in cui si chiedeva agli allievi di rappresentare affetti come la rabbia, la paura, l'apprensione: nell'esercizio interpretativo altri allievi dovevano indovinare o sentire risuonare quel sentimento in loro.

(Zingarelli): Allora, va sottolineato che nelle sessioni di lavoro con gli studenti, non tutti sono musicisti, però collegati ad altre professioni interessate a questo laboratorio. Innanzitutto, portare la musica o il suono: stiamo per questo utilizzando tutti i canali non verbali, infatti la comunicazione non verbale è più diretta in questi laboratori. Gli studenti sono incoraggiati a sperimentare, a cedere i canali non verbali, che forse con la crescita della razionalità mettiamo un po' da parte, assoggettandoli alla razionalità. Noi però sappiamo che in un messaggio verbale quello che esprimiamo con le parole ha una minima importanza. Perché è fondamentale come mi pongo, come lo dico, l'espressione del mio volto ... il laboratorio a cui hai partecipato era finalizzato a 'tirare fuori le emozioni'. Io preferirei suonare piuttosto che parlare, perché lì mi sento a mio agio. Per me è più semplice utilizzare la musica per rendere una emozione che ho vissuto, riesco ad esprimerla in modo semplice. Ecco perché il musicista e il musicoterapeuta devono essere assolutamente in grado di leggere e decodificare tutti questi parametri musicali che ci svelano ciò che abbiamo dentro, che appartiene alla nostra emotività profonda, la nostra 'identità sonora'.

Ad esempio, nel laboratorio delle emozioni, poche persone assocerebbero alla rabbia un suono piano e lento: da arrabbiati la nostra modalità e la nostra spinta all'agire si rispecchia anche nella sonorità che riproduciamo. Io invito i miei studenti a fare sempre una riflessione, ossia di vivere ciò che studiano, che provino a sentire la musica e le emozioni per riportarle da un livello inconscio, valutando come possa essere il nostro modo di relazionarci e di comunicare attraverso la musica.

(Barbetta) Sono molto d'accordo con quello che ha detto Marzia e sono convinto che l'espressione di 'identità sonora' sia qualcosa che rende una persona legata alle proprie tradizioni, alle proprie e a quelle della famiglia nel senso più ampio possibile. C'è stato un periodo della mia vita in cui io piangevo ogni volta che ascoltavo l'Ave Maria di Schubert perché piaceva molto mio padre e mio padre la suonava molto spesso, non da professionista visto che lui non era un musicista, ma da amante della musica. Quando ascolto l'Arabesque di Schumann mi commuovo, soprattutto quando lo suona Martha Argerich, che ha un tocco particolare, per me è un autore importante anche per la sua storia: era schizofrenico, per me l'esempio

vivente di come uno schizofrenico può mostrare di essere un grande scrittore, un grande poeta, un grande artista rimanendo schizofrenico. Mi sembra di ascoltare la sofferenza profonda di una persona che è stata sempre considerata nella storia della psichiatria e della psicologia come una persona debole a livello mentale.

(Santinon): Pietro, Marzia, vi ringrazio tanto abbiamo concluso il nostro tempo anche se parlerei infinitamente con voi. Abbiamo in comune tante cose, anche commoventi, ma non mi esporrò così tanto adesso, saranno nostri dialoghi privati. Vi ringrazio.

Medicina e narrazione, da Ippocrate al digitale dialogo tra

Mariacecilia Cercato, Epidemiologa e Oncologa IFO - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Istituto Dermatologico San Gallicano
Lorella Salce, Responsabile Ufficio Stampa & Relazioni Esterne IFO - Istituto Nazionale Tumori Regina Elena - Istituto Dermatologico San Gallicano
Luigi Bartoletti, Direttore Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASL AL (Ser.D)
Modera: Federica Viazzi, Bibliotecaria Biblioteca Biomedica - Centro Documentazione IRFI AO AL

(Viazzi) Inizio subito con una domanda per la Dr.ssa Cercato. Nel corso dei secoli la narrazione ha sempre avuto un ruolo di rilievo, può farci una panoramica di quella che è stata la narrazione in medicina?

(Cercato) Mi fa piacere poter aprire questa sessione parlando proprio di quella che è stata l'evoluzione della storia della medicina di cui la narrazione è una base consistente. Ippocrate, considerato il fondatore della medicina in senso moderno, sosteneva che il buon medico dovesse possedere non soltanto la tecnofilia, e quindi l'amore per la scienza e per l'arte della medicina, ma anche la filantropia, e quindi l'amore per l'uomo. Nel corso dei secoli la medicina ha potuto seguire l'andamento di quello che è stato il cambiamento storico, sociale, culturale e tecnologico: si è passati da una conoscenza osservazionale, basata inizialmente sull'esperienza professionale che veniva tramandata, al concetto di sperimentazione, ovvero dei trial clinici randomizzati. Nel corso dell'evoluzione della tecnologia è diventato quindi sempre più importante uno sguardo oggettivo per arrivare alla valutazione dell'efficacia dei trat-

tamenti, o comunque delle sperimentazioni. Con questo percorso siamo arrivati a quella che è considerata attualmente la modalità di approccio classico della medicina, cioè l'Evidence Based Medicine, la medicina basata sulle prove di efficacia. Tuttavia, lo stesso fondatore di questo movimento, già negli anni Novanta si accorse che poteva prendere una piega un po' riduzionistica e quindi si affrettò a sottolineare che, nell'approccio alla pratica clinica, non doveva assolutamente essere sottovalutato l'apporto soggettivo, arrivando a dire che il bravo medico era colui il quale sapeva fare un utilizzo coscienzioso e giudizioso delle migliori evidenze. Poi cosa è successo? Al momento attuale potremmo dire che un eccesso di tecnologia ha portato a uno sbilanciamento in favore di un aspetto un po' troppo tecnico e c'è quindi la necessità di recuperare quella parte soggettiva, non solo del paziente e del racconto della sua malattia, ma anche del medico, il quale è un'individualità ben precisa che può valorizzare sé stesso e la propria professione se è capace di mettere in gioco anche la propria soggettività. Queste sono le premesse sulle quali si è andata sviluppando la cosiddetta medicina "basata sulla narrazione". Ci tengo a ricordare, però, che questa necessità, ovvero l'importanza della narrazione in medicina, era già stata indicata negli anni Ottanta da alcuni antropologi, ma poi il movimento è approdato ad una sua propria definizione con Rita Charon, medico internista e studiosa di letteratura, che ha fondato un "movimento culturale" per un approccio alla medicina innovativo, pur ritornando al passato.

(Viazzi) La Psichiatria, la Psicologia e la Psicanalisi hanno sempre fatto uso della narrazione in terapia, si può dire che abbiano immediatamente interiorizzato il fatto che non sia necessaria solo la tecnofilia ma anche la filantropia. Dr. Bartoletti può riprendere questa prospettiva storica, ma con un occhio di riguardo alla psichiatria?

(Bertoletti) Sicuramente la psichiatria ha già nella sua etimologia greca "ψυχή" + "ιατρός" = "cura dello spirito" il concetto di una cura più profonda, quella appunto dello spirito umano, ma anche della cura della sua univocità mente-corpo. La Psichiatria è una materia molto giovane: la scuola di specializzazione in Psichiatria è datata 1974 in Italia e possiamo affermare che fin dal principio costituì una branca della medicina che guarda più a quelli che sono i segni, ovvero il contenuto psicologico, e meno a quelli che sono i sintomi, ovvero le condizioni obiettivabili. Si assiste sostanzialmente a un ribaltamento del principio dell'obiettività, fattore fondante nel fare una diagnosi di malattia in tutte le altre specializzazioni mediche. Questo sistema ha dato origine a tutta una serie di osservazioni sia di illustri psicanalisti, come Freud e Jung, che all'interno del rapporto psicoterapeutico hanno teorizzato il transfert e il controtransfert alla base della trattabilità del paziente e della storia del paziente che viene percorsa in ogni seduta terapeutica con la scoperta dei conflitti più inconsci e rimossi, sia del padre della Psicopatologia, ovvero Jaspers, che attraverso la valutazione fenomenologica e della sin-

tomatologia del paziente valutava quello che è il percorso del paziente stesso. Anche la Psichiatria ha cercato di andare incontro a quel tecnicismo di cui parlava anche la Dr.ssa Cercato prima: fino alla fine del secolo scorso, si andava incontro alla ricerca dei meccanismi biochimici, neurochimici, neurorecettoriali che dessero una maggiore importanza agli aspetti tecnici; di contro però c'erano anche degli aspetti di assoluta negazione della corrente legata ai meccanismi biologici, che conferivano invece rilievo ai fattori sociali. Di fatto, però, l'importanza della narrazione consiste nel rapporto tra la medicina basata sull'osservazione e la comunicazione, intesa come fattore aggiunto della medicina che si basa sull'ascolto del paziente e sulla valutazione dei contenuti soggettivi che emergono durante il colloquio che quindi ha già di per sé una valenza terapeutica. La terapia è insita nel rapporto tra medico e paziente e precede, a differenza di altre branche della medicina, la prescrizione farmacologica e a volte la stessa diagnosi. Tanto è vero che alcuni autori dicono che il medico e il paziente sono due artisti che collaborano ad un'opera d'arte, due scrittori impegnati alla stesura dello stesso manoscritto.

(Viazzi) Passiamo ora alla Dr.ssa Salce alla quale chiederei: come la comunicazione in sanità è cambiata grazie alla narrazione?

(Salce) Il problema più grosso del comunicatore, anche in sanità, è sempre stato quello di attirare l'attenzione, di accrescere la reputazione dell'azienda o dell'istituzione per cui lavora, creando così quella che in gergo si definisce "immagine coordinata" che consente, cioè, a una realtà di essere immediatamente riconoscibile. Per quanto riguarda le istituzioni pubbliche e quindi anche quelle sanitarie, l'attenzione alla comunicazione interna ed esterna è abbastanza recente, nel senso che risale a vent'anni fa la legge che obbligava le istituzioni ad avvalersi di un ufficio stampa e a gestire la comunicazione. È quindi da quel momento che si comincia ad avere un'attenzione maggiore alla narrazione, a quello che noi oggi chiamiamo lo storytelling aziendale: non è che prima non ci fosse la comunicazione, ma era un'appendice, un qualcosa che solitamente veniva dato a un consulente esterno ed era fortemente verticistica, cioè top-down, mentre all'inizio del 2000 si è capito che per costruire la reputazione occorre un lavoro quotidiano e costante, supportato dalla narrazione. La reputazione, infatti, è fatta di tanti piccoli tasselli che si aggregano giorno per giorno. In questo senso mi piace ricordare la frase di Gianluca Comin: "La reputazione è come un cuscino di piume: più si riempie e meno il sasso di una possibile crisi potrà schiacciarlo". Oggi siamo pienamente consapevoli di quanto è importante la comunicazione, lo abbiamo visto in questo momento dell'era Covid, e per fortuna si parla anche di una nuova legge che contempra le molteplici e infinite competenze specialistiche che occorrono per fare una buona comunicazione e quindi una buona narrazione e potersi avvalere di tutti gli strumenti a disposizione, che oggi sono tantissimi grazie al digitale. Negli IRCCS, così come in tutte le realtà sanitarie italiane, c'è tantis-

simo da raccontare: dalle attività cliniche a quelle di ricerca, dalle novità organizzative, alla formazione e la relazione assume così un ruolo fondamentale. Sappiamo infatti che non basta raccontare, occorre creare la relazione innanzitutto con il cittadino, che non si accontenta più solo del servizio, e poi anche con il giornalista, che non si accontenta più solo del comunicato stampa. È quindi proprio dalla relazione che nascono tutte le nostre iniziative di comunicazione. Abbiamo oggi l'esigenza di partire dalla storia del paziente per risalire a quello che è l'approfondimento su una specifica tematica, una patologia, malattia rara, un approfondimento perché la narrazione della storia personale fa più presa e crea l'engagement. Siamo usciti dall'autoreferenzialità e abbiamo cominciato a metterci la faccia, soprattutto dei nostri professionisti. Pensate alle campagne del 5xmille, dove sono i ricercatori che raccontano quello che è il loro lavoro, pensate alle campagne di sensibilizzazione o di prevenzione dove il professionista, riconosciuto come luminaire su quel tema, riesce a catturare l'attenzione. Oggi quindi abbiamo testimonial e narratori molteplici e per fortuna inizia a esserci un grande interesse per la medicina, la ricerca e la salute più in generale. Un fattore evidenziato anche dai numerosi film e serie tv su questi temi: noi vent'anni fa girammo proprio qui La dottoressa Giò, ma poi ci sono state altre serie diventate cult come Braccialetti rossi, Good Doctor e, primo tra tutti, E.R. Possiamo in sintesi affermare che stiamo facendo comunicazione e stiamo narrando quello che sta succedendo, così come è stato per il Covid, in una maniera assolutamente nuova e rivoluzionaria.

(Viazzi) Proprio questa mattina con il Prof. Spinsanti si rifletteva sulle serie tv e su come queste abbiano modificato la percezione della cura e dei medici negli ultimi venti/trent'anni. Chiedo ora alla Dr.ssa Cercato, come pioniera grazie allo studio Ameno e in qualità di Responsabile di numerosi progetti di Medicina Narrativa, se ci può raccontare la collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità nell'utilizzo della Medicina Narrativa come metodo di intervento clinico, assistenziale e terapeutico.

(Cercato) La pietra miliare è stata la consensus conference promossa e realizzata presso l'Istituto Superiore di Sanità per poter dire che cos'è la Medicina Narrativa, quali strumenti prevede e in quali ambiti può essere applicata. Voglio appunto partire dalla definizione: "Si tratta di una metodologia di intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione diventa quindi uno strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura". Questo è molto bello perché si parla di un pari livello tra il curante e il paziente. L'obiettivo è quello di arrivare a un percorso di cura personalizzato. Nelle linee guida emanate a seguito di questa consensus conference si afferma chiaramente che ci deve essere un'integrazione tra la Evidence Based Medicine e la Narrative Based Medicine. Noi, essendo un IRCCS, abbiamo raccolto l'invito dell'Istituto Superiore di Sanità di introdurre alcuni progetti di

ricerca specifici per definire quali fossero gli strumenti narrativi più adatti e quale fosse poi una metodologia standard applicativa che potesse essere promossa e divulgata in altre strutture. La narrazione, e quindi l'espressione del sé, infatti, prevede l'utilizzo di numerose forme espressive, tra cui le arti e la filmografia: noi abbiamo scelto la scrittura e abbiamo creato un primo progetto per dare forma alla cultura della Medicina Narrativa. Non è semplice perché la resistenza da parte dei clinici ad aprirsi al contenuto narrativo dei pazienti è forte. Questo primo progetto - tuttora attivo e in questa fase riguardante la narrazione dedicata ai ragazzi e alle famiglie - si intitola Raccontami di te ed è stato basato sulla raccolta di narrazioni, non soltanto da parte dei pazienti e dei familiari, ma anche degli operatori sanitari. Si tratta quindi di un progetto di storytelling condito che ci ha dato grandi soddisfazioni perché ha cominciato a creare quella cultura dell'ascolto reciproco, che è il primo passo, e anche quella apertura mentale da parte del curante nel comprendere che la malattia vista dalla parte del paziente non è come la vede il medico e nemmeno gli obiettivi che vuole raggiungere il paziente spesso sono esattamente quelli che il professionista crede, in coscienza, essere i migliori per lui. Dopo questa prima apertura, abbiamo avviato il progetto Ameno che, nell'applicare la Medicina Narrativa in Oncologia, prevedeva l'attivazione di una cartella narrativa, parallela alla cartella clinica. Abbiamo condotto questo progetto in diversi contesti di cura, coinvolgendo pazienti in chemioterapia o sottoposti a radioterapia, giovani affetti da patologie complesse come i sarcomi e pazienti con trattamenti multidisciplinari e complessi, e li abbiamo guidati nel corso del trattamento ad una narrazione che fosse non totalmente libera, ma finalizzata allo specifico percorso di cura. Questo perché il linguaggio narrativo non può essere sovrapposibile al linguaggio tecnico utilizzato durante la visita e che comporta dalla parte del paziente un restringimento nell'ambito del suo racconto, ma deve essere quello comune e corrente. Il paziente deve parlare della quotidianità, delle parole che aiutano o che ostacolano e delle difficoltà che ha incontrato nel suo percorso di malattia e di cura. Il progetto ha poi previsto una valutazione dell'efficacia da parte sia dei pazienti sia dei curanti: abbiamo visto che i risultati sono stati molto significativi, soprattutto perché hanno permesso al curante di comprendere degli aspetti del paziente determinanti al fine del trattamento che non sarebbero mai emersi durante la tradizionale modalità di visita, sia come linguaggio e sia come setting. Il digitale, quindi, paradossalmente è diventato la modalità più vicina alla medicina ippocratica, consentendo in un tempo veloce - il paziente racconta la sua esperienza in un momento precedente alla visita - questo scambio di comunicazione tecnica e non, in un contesto molto sintetico.

(Viazi) La cultura dell'ascolto reciproco, l'integrazione di competenze e la creazione di un dialogo con il paziente sono alla base della Psichiatria. Dr. Bartoletti, secondo lei come verrà appli-

cata concretamente la narrazione in futuro all'interno del piano terapeutico?

(Bartoletti) Sicuramente c'è stato un grosso cambiamento della narrazione in Psichiatria. In un primo tempo la narrazione era basata prevalentemente sulla raccolta anamnestica, cioè sull'identificazione dei sintomi e le cartelle erano sempre più identificative dei quadri psicopatologici che i pazienti presentavano. La psichiatria narrativa rappresenta un'evoluzione in questo senso, oppure possiamo dire un ritorno alla storia del paziente, alla storia della sua vita, fino al momento dell'osservazione clinica. La caratteristica fondamentale della narrazione in psichiatria è che il paziente può parlare di cose che mettono gli altri sulla difensiva: grazie alla narrazione, il paziente ha la possibilità di parlare apertamente del proprio vissuto e non più di nascondere, negare e fuggire la patologia psichiatrica. Questo cambiamento ha avuto delle ricadute importanti sui criteri nosografici. Il DSM, infatti, ovvero il manuale statistico di valutazione dei disturbi mentali dell'American Psychiatric Association, inizialmente aveva dei criteri di tipo verticale nella valutazione dei pazienti, cioè più sintomi andavano a creare delle sindromi, mentre nell'ultima stesura del DSM-5 si è ripresa la valutazione longitudinale che tiene conto del suo percorso di malattia e della sua storia. Condivido pienamente quello che diceva la Dr.ssa Cercato circa l'individualità della cura e quindi la ripresa di quella che è la dimensione psichica del paziente che ha sempre più bisogno, all'interno di una diagnosi biopsicosociale, di una valutazione e di un trattamento individuali, non per categorie di sintomi.

(Viazi) Il digitale come ha modificato la comunicazione istituzionale ai cittadini e ai vari destinatari ai quali si rivolge?

(Salce) Il digitale ha rivoluzionato la comunicazione e la narrazione, moltiplicando i messaggi come mai prima. È proprio in questo surplus informativo, o infodemia come è stato definito durante il Covid, che occorre attivare tutte le armi per essere sempre più vicini al cittadino e al proprio target di riferimento. Il digitale ci ha costretti anche a scegliere e impostare un proprio stile comunicativo a seconda dei vari strumenti e delle varie piattaforme a disposizione. Il digitale ha rivoluzionato la comunicazione del settore pubblico: i cittadini, sempre più connessi, sono diventati anche sempre più stringenti, sempre più partecipativi, sempre più essi stessi produttori di informazione. Con il digitale ci troviamo davanti a una narrazione corale, forte e decisa, fatta dai vari protagonisti, e occorre quindi accorciare le distanze che oggi il cittadino non vuole più. Abbiamo sperimentato, in questo periodo di emergenza, richieste continue 24 ore su 24: il Covid ha dato una spallata a quelli che erano gli strumenti che avevamo già a disposizione e che abbiamo dovuto attivare molto più rapidamente per essere vicini ai cittadini. Per fortuna eravamo pronti, abbiamo solo dovuto accelerare dei processi, gestendo così la comunicazione in emergenza, la comunicazione interna attraverso le intranet e i

video di personaggi autorevoli all'interno dell'azienda, dando informazioni puntuali sui servizi, sulle attività e sui cambiamenti che avvenivano in corso d'opera. Tutto questo lo abbiamo fatto sul web e sulle piattaforme social, ad esempio attraverso le immagini su Instagram, raccontando ai cittadini che cosa stava accadendo all'interno degli ospedali e come i nostri operatori erano impegnati in prima linea. Ma abbiamo impostato anche delle campagne sulle informazioni utili ai pazienti e quindi sulle raccomandazioni che quotidianamente davamo loro. Abbiamo poi rapidamente adottato strategie di comunicazione nuove al momento della ripresa delle attività, ad esempio sfruttando sempre di più la messaggistica immediata che passava sia attraverso l'utilizzo di Messenger sia attraverso gli SMS e WhatsApp. Grazie alle domande dei cittadini abbiamo potuto predisporre delle FAQ puntuali e mirare ulteriormente la comunicazione che in alcuni momenti è stata più confortevole, con l'obiettivo di tranquillizzare, e in altri molto assertiva, perché cambiavano le regole e bisognava che tutti le adottassero e le rispettassero. Attraverso l'utilizzo di una piattaforma di Medicina Narrativa, di cui eravamo già dotati, abbiamo poi attivato immediatamente un servizio di telemedicina che ha permesso ai medici e ai pazienti di essere in relazione anche a distanza. Abbiamo attivato sia linee di ascolto psicologico perché, come diceva Bartoletti, la situazione per alcuni è stata particolarmente pesante e disagiata, sia linee di supporto più basilari su come muoversi, e cosa fare, perché in questa enorme mole di comunicazione non era facile orientarsi. Abbiamo poi messo la faccia dei nostri massimi esperti per chiarire alcune informazioni fondamentali e combattere quelle che sono le fake news. Tutto questo è stato possibile perché abbiamo fatto un lavoro di narrazione comune con tutte le istituzioni, a partire dalla Regione Lazio, ma anche con il Ministero della Salute e con l'Istituto Superiore di Sanità, per cercare di essere sempre in sintonia e fornire informazioni uniformi. Abbiamo quindi fatto tutto quello che solo pochi anni fa era impensabile: ricordo, ad esempio, l'esperienza di "Stamina" quando tutti, comunicatori, professionisti, specialisti e scienziati, avevano paura di comunicare. Il Covid, invece, ci ha dato l'opportunità di sperimentare queste forme di comunicazione e soprattutto di farlo in rete. In questo PAsocial è stata fondamentale perché ci siamo veramente aiutati tantissimo ad esempio con le infografiche dei DPCM che cambiavano continuamente: c'è stata un'elaborazione grafica da parte di alcuni componenti di PAsocial che ha facilitato poi il lavoro di tutti noi, così come molti prodotti messi a punto dal Ministero, dall'Istituto Superiore di Sanità o dalla Regione sono stati condivisi ed utilizzati senza fare un surplus di lavoro, ma adottando uno stile e una modalità comunicativa univoca.

Lavori della GIORNATA DEDICATA AI "PERCORSI DELLA SALUTE"

La chiesa di Gardella dell'Ex Sanatorio Borsalino e la sua storia

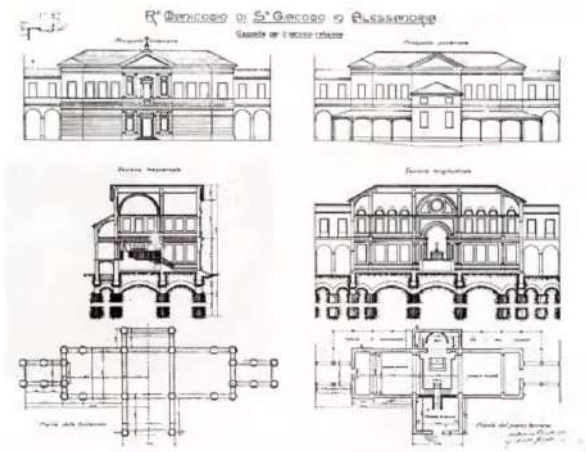
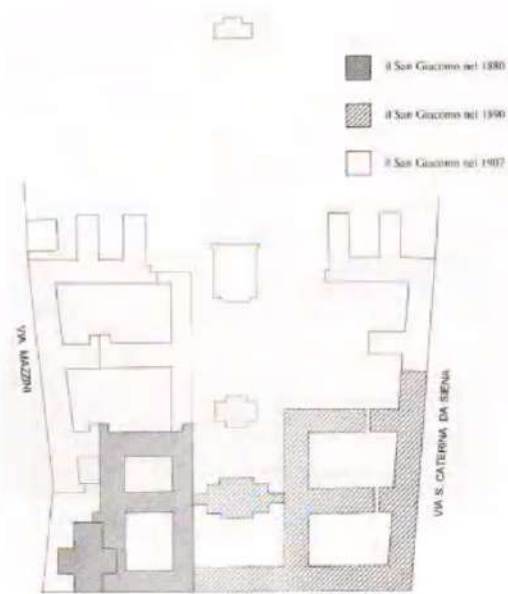
dialogo tra

Annalisa Dameri, professore Dipartimento di Architettura e Design Politecnico di Torino
Claudio Pesce, architetto e presidente Associazione Amici Biblioteca Ospedale Alessandria Modera: Mariasilvia Como, Ufficio Comunicazione AO AL

(Como) Il tema di oggi, ovvero i percorsi della salute, è molto caro all'Azienda Ospedaliera di Alessandria che già da anni porta avanti progetti di arte e cura nella consapevolezza che questo rapporto sia proprio alla base degli sviluppi dell'innovazione futura nelle cure. Al loro interno rientrano anche i percorsi gardelliani, di cui parleremo oggi con i nostri ospiti. Si tratta di un filo conduttore che lega tutte le strutture ospedaliere alessandrine che sono state volute per la maggior parte da Teresio Borsalino e poi realizzate da Gardella: un percorso che l'Azienda Ospedaliera sta portando avanti in sinergia con le diverse istituzioni territoriali e anche con il supporto preziosissimo di alcuni esperti delle diverse discipline che avremo modo di trattare da vari punti di vista in questi giorni e che oggi in particolare saranno la storia, l'architettura e l'arte. In questo periodo, un'attenzione particolare va alla Chiesa di Gardella che si trova nel parco dell'attuale Centro Riabilitativo Borsalino e qui è d'obbligo un ringraziamento al FAI e alla delegazione di Alessandria, presieduta da Ileana Spriano, perché grazie all'impegno di tutti i volontari e dei nostri esperti abbiamo avuto modo di iniziare la ristrutturazione di questo gioiello architettonico e anche di aprirlo diverse volte al pubblico.

(Pesce) Quello fra Gardella, Alessandria e Borsalino è un forte legame, ma da dove nasce? Presumibilmente nasce proprio nel 1899 quando ad Alessandria venne indetto un concorso per l'ampliamento del manicomio a cui parteciparono 12 persone e uno dei partecipanti era proprio lo studio Martini - Gardella di Milano che lo vinse, realizzando così l'ampliamento. Ad Alessandria, infatti, la metà di isolato verso Spalto Marengo dell'attuale ospedale psichiatrico è stato realizzato da Arnaldo Gardella e i lavori finirono nel 1907. Queste sono alcune immagini del progetto.

dona 1 milione all'Ospedale per la costruzione di un padiglione antitubercolare. La tubercolosi, infatti, era una malattia che mieteva molte vittime a causa dell'inurbamento e dell'insalubrità delle abitazioni. Teresio Borsalino donò quindi 1 milione in memoria del padre Giuseppe, come ricorda questo quadro appartenente al patrimonio dell'Ospedale Civile.



La chiesa che è tuttora esistente è stata realizzata da Arnaldo Gardella, padre di Ignazio Gardella, mentre l'altra immagine riguarda la centrale termica e lavanderia, che c'è ancora, qui in una foto d'epoca e come è ora la struttura.



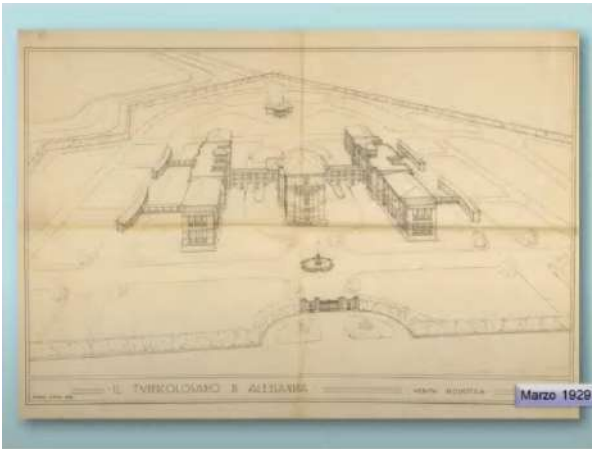
Iniziamo quindi a trattare il mecenatismo di Borsalino. Siamo nel 1914 quando Teresio Borsalino

Nel 1914, però, scoppia la guerra, e questo finanziamento non ha subito un seguito. Nel 1925 la deputazione provinciale approva la costruzione di un sanatorio antitubercolare e si stanziava la somma di 500mila lire, più 400mila grazie alla sottoscrizione popolare, ma anche qui per problemi vari e disaccordi sull'area non vengono effettuati interventi. Nel 1929 il senatore Teresio Borsalino dona 11 milioni per la costruzione del sanatorio e qui si parte sul serio. L'incarico viene affidato agli ingegneri Martini e Gardella che, come abbiamo già detto, avevano realizzato agli inizi del Novecento l'ampliamento del manicomio nonché dell'Istituto di Divina Provvidenza donato da Madre Teresa Michel. Intorno al 1925 lo studio aveva poi realizzato anche la palazzina degli uffici della fabbrica Borsalino.



Ma cos'era la fabbrica Borsalino all'inizio degli anni Trenta? Occupava circa 4mila operai su una popolazione alessandrina di circa 80mila abitanti e produceva qualcosa come diecimila cappelli al giorno. Borsalino in quegli anni aveva già donato ad Alessandria l'acquedotto, la rete fognaria e l'educatorio per i dipendenti e, come abbiamo già detto, la casa di riposo donata da Madre Teresa Michel. Arnaldo propone il primo progetto e la

prima localizzazione vicino alla Cittadina, ma non ha seguito, tuttavia, come si vede dalla planimetria in alto a destra, è già ad H ed è l'impostazione che poi rimarrà del sanatorio.



Questa è una visione prospettica di Arnaldo Gardella del marzo 1929. In quell'anno Arnaldo muore e l'incarico, rimanendo allo studio, passa al figlio Ignazio che è neolaureato e quindi alle prese con il primo incarico.

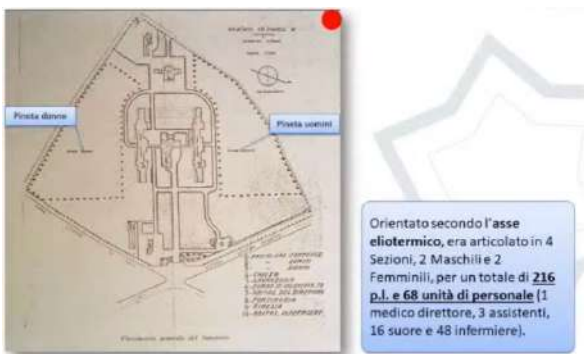
(Dameri) Ovviamente non sta a me presentare agli alessandrini il ruolo dei Borsalino perché ce lo abbiamo praticamente inciso nel DNA. Io sono architetto, faccio lo storico dell'architettura e della città soprattutto, quindi, credo che sia il momento di fare una piccola contestualizzazione. Certe dinamiche che si leggono benissimo nelle architetture prima di Arnaldo e poi di Ignazio Gardella sono infatti strettamente legate alla storia della città, alla storia dell'urbanistica, alla storia economica e alla storia dell'architettura europea. Innanzitutto, consentitemi di sottolineare le due parole che sono state usate all'inizio di questo intervento, ovvero percorsi gardelliani. È importantissimo il termine "percorsi" perché Alessandria ha una particolarità che non hanno molte altre città italiane, cioè tre generazioni di architetti della stessa famiglia che hanno giocato un ruolo importantissimo nella storia dell'architettura italiana ed europea e che hanno costruito nella stessa città nell'arco di quasi un secolo. Questo non è così diffuso quindi, effettivamente, vedere le architetture dei Gardella come un percorso, come un sistema è qualcosa di molto importante ed è anche una politica sui beni culturali che ormai è perseguita in tutta Europa e in tutto il mondo. L'UNESCO premia sempre di più i sistemi e non le singole architetture. Un sistema che è stato generato da due famiglie di attori: i Borsalino e i Gardella. La città fa da sfondo ma diventa a sua volta la protagonista. Come ha ben detto Claudio, i Borsalino a partire dalla seconda metà dell'Ottocento investono nella città - acquedotto, fognature, finanziano l'educatorio - cioè lavorano per gli alessandrini e per la città, trasformandola in una città moderna, efficiente e contemporanea. Ovviamente lavorano per gli alessandrini perché la maggior parte degli alessandrini lavora nel cappellificio: si diceva che almeno uno per famiglia fosse in qualche modo occupato in fabbrica. I

Borsalino lavorano per la città, i Borsalino investono nel cappellificio che esporta in tutto il mondo (c'è stato un momento in cui ogni uomo, non dimentichiamoci Al Capone, aveva un cappello Borsalino sulla testa, in tutto il mondo) e investono anche nelle proprietà private, dalla cappella al cimitero, alle case, alla villa. Quindi i Borsalino, i Gardella e la città. Ci tengo ancora a dire due parole sulla situazione della storia dell'architettura a livello europeo, o almeno nel mondo occidentale, in cui si muovono prima Arnaldo e poi Ignazio. Arnaldo apre con Martini a Milano questo studio specializzato in architetture ospedaliere: erano anni in cui le normative cambiavano molto velocemente, quindi, una specializzazione era ancora più necessaria per recepire velocemente i cambiamenti. Vengono pubblicati anche su una rivista molto importante, L'architettura italiana, con l'ospedale di Pavia e l'ospedale di Tortona. Arnaldo fa parte di una generazione un po' schiacciata tra l'Ottocento, e quindi la tradizione, e una nuova generazione che è quella del movimento moderno del Razionalismo. Arnaldo però la nuova generazione ce l'ha in casa: è il figlio. Quindi, ad Alessandria troviamo nell'arco di pochi metri l'espressione architettonica di due generazioni di architetti - che guarda caso sono anche padre e figlio - molto legati, poiché sicuramente Ignazio avrà studiato sui libri di Arnaldo e avrà avuto come professore un coetaneo del padre; ma Ignazio - ed è questo il suo grande genio - non rinnega il passato ma di fronte a un bivio prende un'altra strada. Pensate alla casa di riposo in Piazza Matteotti che è di Arnaldo, e dopo neanche dieci anni il Dispensario, di Ignazio. In dieci anni e 500 metri la famiglia Gardella lascia la tradizione: da una parte un'architettura quasi contenuta che cerca di evolversi dall'Ottocento e dall'altra Ignazio che rompe con la tradizione usando altri materiali. Questo capita anche nel sanatorio: nasce con un progetto già moderno, ma poi con la chiesa e con altre soluzioni virerà assolutamente sul Razionalismo e su un lessico architettonico forse audace per chi lo vede costruire in quegli anni, ma che è entrato nei libri di storia dell'architettura.

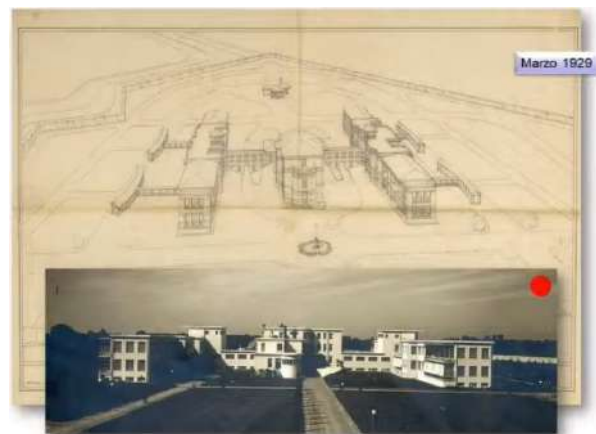




(Pesce) Questa è la prima planimetria realizzata da Ignazio che è già sulla localizzazione attuale, ma manca ancora la chiesa e nell'altra immagine invece vediamo la planimetria definitiva con l'edificio centrale e l'elenco di tutti i fabbricati accessori: è evidenziato il padiglione infantile perché era previsto anche un padiglione antitubercolare infantile che poi non viene realizzato. Verrà invece realizzato un padiglione per gli infettivi all'Ospedale Infantile nel 1933 che poi è stato demolito negli anni Settanta per far posto alla nuova centrale termica. Questa è un'altra planimetria sempre di Borsalino in cui ho evidenziato "pineta donne" e "pineta uomini" perché qui si innesca anche un discorso di tipo sanitario legato alle credenze di allora. Dato che tra i temi di cui si occupa di Il Centro Studi vi è anche la storia della medicina, mi piaceva parlarvi anche di questo.



Il Dr. Ferruccio Ravazzoni era consulente di Ignazio per il progetto, tra l'altro allora lavorava ancora a Torino ma poi diventò il primo direttore del sanatorio. La degenza era tutta impostata su una divisione rigorosissima dei sessi, uomini da una parte e donne dall'altra, perché c'era la convinzione medica allora che la tubercolosi aumentasse a dismisura le pulsioni sessuali e quindi non li lasciavano nemmeno vedersi. Nel 1938 Ferruccio Ravazzoni scriveva: "La separazione dei sessi, indubbiamente necessaria ai fini di un trattamento curativo disciplinato e utile, è stata ottenuta con la dislocazione degli uomini e delle donne appunto nelle branche laterali" cioè la pineta-degenza per gli uomini e la pineta-degenza per le donne, una caratteristica che ritroveremo anche nella chiesa.



Qui è evidente la differenza di mano e di impostazione tra Arnaldo, sopra, e Ignazio, sotto. Ignazio si è ritrovato il progetto già fatto e ha mantenuto un'impostazione ad H, però qui vediamo chiaramente la differenza progettuale tra il novecentismo di Arnaldo e la matrice già razionalista del giovane Ignazio che era stato in Germania ed era già entrato in contatto con il mondo razionalista europeo.

(Dameri) Tenete presente che se guardiamo all'architettura europea, la tipologia dell'ospedale cambia tantissimo nell'ottocento, c'è proprio una trasformazione. La macchina dell'ospedale viene messa sotto una lente di ingrandimento e cambia molto: si passa da un ospedale di concezione tradizionale, quindi dal Medioevo in avanti, agli ospedali a padiglioni che sono un concetto che sorge tra fine Ottocento e inizio Novecento, dove il malato viene diviso a seconda della patologia, si cominciano a progettare percorsi diversi per malati, medici e visitatori e si comincia a dare una grandissima attenzione alla reazione naturale, all'illuminazione e quindi all'applicazione dell'igiene al mondo edilizio. Pensiamo tutto questo applicato al sanatorio che è una tipologia che discende dall'ospedale, ma dedicato a una malattia infettiva che, come abbiamo purtroppo imparato tutti, richiede accorgimenti specifici che si modificano man mano che si conosce la malattia. Si chiedeva quindi all'architetto e all'ingegnere di progettare un edificio in funzione del degente e della sua malattia da curare. Quindi se noi andiamo a vedere l'architettura ospedaliera in Europa tra fine Ottocento fino alla Seconda Guerra Mondiale, vediamo che la tipologia del sanatorio è una tipologia studiata e la forma ad H, che permette di separare i sessi e di avere una stecca di collegamento in cui i medici e i servizi comuni possono essere dislocati, è una delle più usate. Poi effettivamente ci sono anche delle normative locali a cui Ignazio e Martini devono sottostare, con la gravante del gerarca fascista che impone delle scelte, quindi una situazione molto condizionante. Teniamo però presente che sanatori e dispensari sono una tipologia che si diffonde, seguendo determinati criteri, proprio a partire dagli anni Venti. Il sanatorio più importante della storia dell'architettura europea è un sanatorio progettato Alvar Henrik Aalto a Paimio che viene studiato da tutti gli architetti fin dal primo anno.

(Pesce) Facciamo infatti vedere il sanatorio di Paimio anche in questa occasione poiché Ignazio mantiene l'impianto ad H che si era già trovato, ma in realtà avrebbe voluto rifarsi a questa tipologia con impianto a T.



Tornando ai percorsi gardelliani, tra il 1929 e il 1931 si realizza il sanatorio Borsalino, ma in che contesto? C'è la crisi del 1929, ci sono le opere di regime proprio per dare lavoro e contrastare la povertà e c'è questa lotta alla tubercolosi che è una bandiera del regime di allora. Tra il 1935 e il 1937 vengono progettati dispensario e il laboratorio di igiene e profilassi, finanziati non dai Borsalino ma dal Consorzio provinciale antitubercolare, cioè mentre il sanatorio si occupava della cura della tubercolosi, il dispensario e i laboratori si occupavano della diagnosi.



Occorre inoltre tenere presente che la chiesa, il dispensario e i laboratori di igiene e profilassi si sono i primi tre edifici attribuiti a Ignazio Gardella e tutti in Alessandria, quindi, "percorsi gardelliani" è un'espressione più che corretta. Se poi aggiungiamo anche il palazzo delle poste realizzato da Franco Petrucci potremmo quasi affermare che Alessandria può essere la capitale del Razionalismo italiano. Il dispensario e il laboratorio di igiene e profilassi sono due edifici uno di fronte all'altro, progettati dallo stesso progettista nello stesso momento e con lo stesso committente, ma c'è una grande differenza di trattamento di facciata. Gardella aveva progettato il dispensario così come lo vediamo ora, ma poi gli venne subito tolto l'incarico perché era in difformità rispetto alle indicazioni dell'epoca proprio per la disposizione dei sessi: lui aveva fatto una sala d'attesa unica, mentre bisognava prevederne due distinte. Dall'immagine si può inoltre vedere come sia asimmetrica la facciata.



(Dameri) Il dispensario è sicuramente l'edificio più conosciuto di Ignazio e gli conferisce immediatamente una riconoscibilità attraverso la pubblicazione sulle più importanti riviste di architettura come Casabella e Domus che all'epoca erano il veicolo principale e scientificamente corretto per conoscere quello che stava succedendo in Europa e in tutto il mondo. Ancora oggi sicuramente il dispensario è l'opera di Ignazio maggiormente consacrata dalla critica e dalla storiografia. Gli addetti ai lavori vengono in Alessandria per vedere innanzitutto il dispensario e poi affrontano ben felici tutto il percorso gardelliano. Lo stesso Ignazio riconosceva il dispensario come la sua opera principale: c'è una bellissima intervista fatta a Ignazio Gardella da alcuni studenti di Architettura - a lui e ad altri maestri del Novecento come Gabetti, Isola e Gregotti - in cui alla domanda "quali sono le architetture che lei reputa maggiormente significative della sua carriera?" Ignazio non ci pensa due volte, guarda in camera e dice "il dispensario e la casa degli impiegati". Il dispensario è importante per come è stato progettato, è importante per come è stato realizzato ed è importante per come è stato restaurato, perché la supervisione del restauro negli anni Novanta è dello stesso Ignazio Gardella, cosa più unica che rara. Grazie alla lunga vita e alla lunga carriera professionale, Ignazio è uno dei pochissimi architetti che ha potuto restaurare sé stesso, cioè mettere le mani dopo anni su una sua opera e ripristinare addirittura il progetto originario, quindi privo delle restrizioni fasciste, dopo cinquanta anni. Quella parete con i mattoni a vista

intrecciati, tipici delle cascine della pianura padana, è uno dei tanti esempi di come Ignazio sia colto e consapevole di quello che stava succedendo nel resto d'Europa ma attento alla tradizione architettonica e ai materiali locali oltre che attento alle esigenze del paziente. Quella parete, infatti, permetteva a chi era nel terrazzo dietro la parete, magari anche in un momento psicologico particolare perché aspettava di sapere se fosse ammalato e necessitava di ricovero, di stazionare senza essere visto dalla strada quindi una sorta di privacy garantita all'utente che però allo stesso non era murato, ma poteva vedere fuori grazie a questo graticcio in mattoni. Infine, i due edifici contemporanei sono costruiti diversamente perché diversa è la destinazione d'uso: da una parte il dispensario che, essendo un luogo dove il paziente o chi teme di essere stato contagiato si reca per fare le prime visite e sottoporsi alle analisi, è costruito un passo indietro rispetto al filo stradale, ha una sorta di giardinetto di ingresso e quindi è un luogo pubblico e vengono adottate tutta una serie di accorgimenti che lo rendono moderno e monumentale, dall'altra il laboratorio di igiene e profilassi che invece è sul filo stradale, è un edificio blindato in cui possono entrare soltanto i medici, è un edificio di servizio dove si fanno le analisi. Quest'ultimo ha quindi una veste molto più spartana, pulita e scarna con una struttura in cemento armato, mentre il dispensario, pur rimanendo all'interno degli stilemi del Razionalismo, viene ingentilito con decorazione date dal laterizio: questo per evidenziare due destinazioni d'uso complementari, ma al servizio di persone diverse.



(Pesce) Poiché ho lavorato per trent'anni all'Ufficio Tecnico dell'Ospedale, di cui per venti ne sono stato il Direttore, ho seguito i lavori di restauro e posso testimoniare sia l'interesse degli studiosi che nel tempo ho accompagnato a visitare il dispensario, sia il gusto di Ignazio Gardella nel restaurare sé stesso, ad esempio nel rimettere al suo posto la scala che gli avevano forzatamente fatto inserire nel posto sbagliato. Ci tengo quindi molto alla foto del 1995 che vi mostro in quanto ci siamo io, l'architetto Cuttica, che era il direttore dei lavori, e tutti gli altri in religioso silenzio ad ascoltare il maestro, il "professore" - come lo chiamavamo noi - che probabilmente ci stava

facendo uno schizzo perché ha una matita in mano e sullo sfondo il cantiere proprio del dispensario.

AREA INSEDIAMENTO: (1936)		
VERDE	mq	70 000
VIABILITÀ	mq	20 000
FABBRICATI	mq	5 000
TOTALE	mq	95 000

1931	Il Progetto è approvato dalla Commissione Edilizia	
1933	Iniziano i lavori	
Ottobre 1934	Terminano i lavori	
Luglio 1935	Inizia l'attività del Sanatorio "Vittorio Emanuele III"	
4 Ottobre 1936	Inaugurazione ufficiale → Re Imperatore Vittorio Emanuele III	

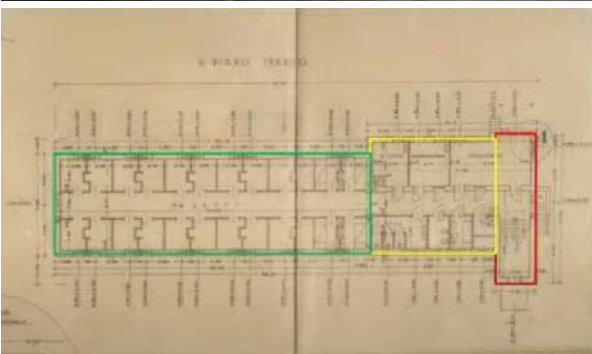


Tornando al sanatorio, tra il 1931 e il 1936 viene costruito e proprio nel 1936 inaugurato alla presenza del Re Imperatore. Queste sono foto scattate nel periodo tra alluvione e cantiere quindi in quel momento il sanatorio era inutilizzato.



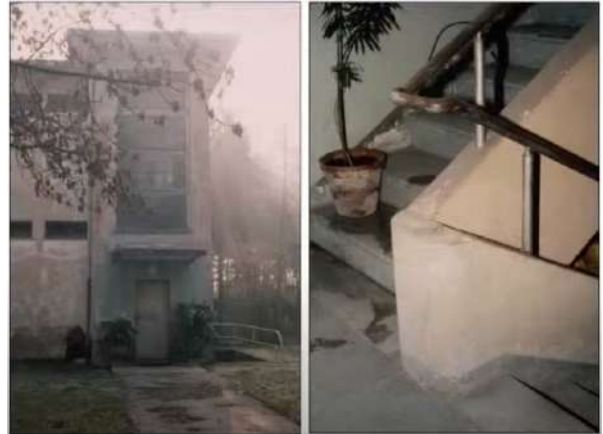


Facciamo un breve giro: la pensilina verso l'alto della portineria è uno stilema proprio di Gardella, poi troviamo la finestra a nastro e ad angolo che permetteva al portinaio di avere una visuale molto ampia, il garage e dietro l'alloggio delle infermiere che è storia dell'architettura ma anche del costume. In questo edificio vivevano infatti le infermiere che lavoravano nel sanatorio e che abitavano in box piccolissimi, qui il trattamento delle finestre è diverso rispetto a prima, sono verticali a nastro con il blocco scale in fondo. Ogni parte del prospetto è indice di una funzionalità diversa all'interno dell'edificio: la parte rossa è il blocco scale, in giallo il blocco dei servizi igienici e soggiorno e in verde i box delle infermiere con le finestrate verticali.



Come vivevano le infermiere? È una curiosità che è bello ricordare perché riguarda un mondo che non c'è più. I box in cui stavano erano così piccoli che non potevano tenere tutte le loro cose, allora avevano guardaroba dove ogni infermiera aveva a disposizione solo un cassetto e infatti 24 erano i cassetti e 24 erano i box. Vediamo poi il corridoio

con le paratie alte un paio di metri quindi la privacy non esisteva, avevano giusto un lavandino, una brandina e un armadietto.



Abbiamo poi l'immagine della loggia del Direttore, unico edificio che è stato modificato, mentre il resto è rimasto esattamente come nel 1936.

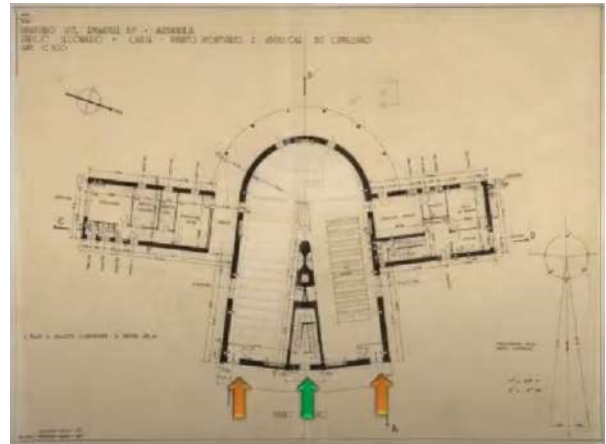


Poi c'è la chiesa, candidata a Luogo del Cuore FAI. La chiesa è l'opera prima di Gardella ed è un esempio unico nel suo genere perché progettata tenendo conto proprio di questa famosa separazione dei sessi. Il Dr. Ravazzoni scriveva: "La separazione dei sessi, inderogabile necessità ai fini di un trattamento curativo disciplinato e utile". Qui viene ribaltato l'ordine classico della chiesa: l'ingresso principale da centrale diventa quasi un ingresso di servizio che permette di accedere ai cori interni. In realtà possiamo dire che gli ingressi principali sono due perché due sono poi le navate, con un ingresso per gli uomini e uno per le donne che entravano a distanza di cinque minuti gli uni dagli altri e quindi non si vedevano nemmeno quando in quella occasione.



(Dameri) La chiesa oltre a essere candidata a Luogo del Cuore FAI è sicuramente un edificio importantissimo per la storia dell'architettura e per il recupero completo del parco del sanatorio, quindi merita tutte le nostre attenzioni. Vorrei dire due parole sull'uso del cemento armato perché usare ancora nella metà degli anni Trenta in maniera sapiente il cemento armato non era cosa da tutti. In Italia, infatti, un uso diffuso e sapiente del cemento armato lo incontriamo soltanto con la ricostruzione dopo la Seconda Guerra Mondiale e chi usa il cemento armato fino alla metà degli anni Trenta è ancora un pioniere. Quindi tra le tante caratteristiche e i valori di Gardella c'è anche quella di aver usato il cemento armato o una struttura mista, cioè cemento armato e muratura, e quindi un "materiale giovane". Lo definiamo ancora "giovane" anche se il cemento armato è stato brevettato partire dagli anni Novanta dell'Ottocento, quindi, se è giovane ancora adesso e ancora adesso ci dà dei problemi di restauro e manutenzione, immaginate usarlo negli anni Venti e Trenta. I Gardella usano questo materiale di cui ancora non si conoscevano appieno le prestazioni ma in maniera magistrale, pensate a quella finestra con angolo della portineria che abbiamo visto prima, possibile solo con una struttura ad hoc. Ed è questo il genio, l'intelligenza del grande architetto: non prendere un qualcosa e applicarlo in maniera standard, ma adattarlo a delle esigenze reali. Occorre poi ricordare come il parco del sanatorio sia un adattamento dell'ospedale a padiglioni e del sistema ad H che racchiude i pazienti, mentre i padiglioni sono a servizio del funzionamento generale quindi delle infermiere, del direttore, della biancheria ecc. E infine la chiesa che

era un luogo importantissimo nel quale bisogna continuare a mantenere il rispetto di quelle regole fondamentali.



Una delle particolarità di questa chiesa è sicuramente campanile, scarno, denudato, è un traliccio, un sistema in cemento armato che svetta sull'edificio perché ha origine dal blocco basso e si alza quasi come un ponteggio, una struttura leggera. Qui Ignazio è molto giovane perché è la prima opera che progetta dalla a alla z, ma già dà questo segnale fortissimo che ritornerà ad esempio nel progetto per la piazza del Duomo di Milano quando Ignazio Gardella presenterà, in maniera altrettanto rivoluzionaria anche se qualche anno dopo, un campanile che richiama questo esperimento. Quindi in realtà è veramente un primo passo in un percorso progettuale. Altra cosa all'interno: questa navata unica, questa forma trapezoidale chiusa dall'abside che viene tagliata in due da un muro interno che separa gli uomini dalle donne che possono guardare il prete e l'altare ma che tra loro non possono scambiarsi nemmeno uno sguardo. Si tratta di una planimetria anomala che se non viene spiegata sembra una bizzarria inutile.

(Pesce) A proposito di quello che dicevi sul cemento armato, l'anno scorso grazie al FAI avevamo fatto una bella manifestazione all'interno della chiesa e dato che, per ragioni diverse venivano utilizzati anche i cori, per sicurezza avevo fatto fare una prova di carico e quelle solette avevano resistito a 300kg/mq, quindi, non soltanto aveva usato un materiale innovativo ma lo aveva usato anche bene e ancora oggi la chiesa è un edificio resistente.

(Dameri) Sapete cosa succedeva all'epoca? Dato che si trattava di un materiale di cui non si conosceva ancora la prestazione, si abbondava, si calcolava in accesso e si abusa un po' ma possiamo dire che regge bene.

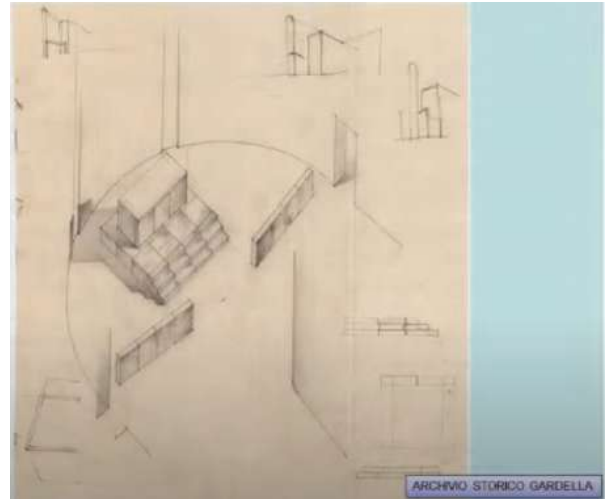
(Pesce) Questa foto rievoca un ricordo di Ignazio. Durante la ristrutturazione del dispensario, lo avevo accompagnato anche al sanatorio di cui quasi si era dimenticato poiché non lo ha mai considerato come una sua vera e propria opera essendo del padre Arnaldo. Quando ha visto la chiesa, però, si è ricordato di un affresco sul fronte che ormai non si vede più, ma che è visibile in questa foto d'epoca: probabilmente si trattava di

un angelo. Per quanto riguarda gli interni, quella che vediamo era la visione che aveva il sacerdote, con le due navate, i due cori con i rosoni che non erano centrali ma ai due lati e sull'assetto centrale, si intravede sulla sinistra, c'erano i confessionali incassati nello spessore del muro che divideva le due navate.



(Dameri) Scusate, io sono innamorata di questi particolari dell'interno della chiesa. Quella di destra è la visione che aveva l'utente: una luce circolare e zenitale dall'alto verso il basso molto scenografica, ma soprattutto dietro l'altare ci sono questi due tagli a tutt'altezza verticali - io le chiamo "unghiate" - che circondano l'altare di una luce anche qui molto scenografica. Ignazio aveva

quindi un'accortezza per le esigenze funzionali, per le questioni strutturali, ma anche per uno spazio che merita un progetto di luce naturale che è fondamentale.



(Pesce) Questi sono alcuni particolari, disegni di progetto, che mostrano la cura di Ignazio nello studio dell'altare e delle balaustre. Abbiamo poi l'immagine dell'abside della chiesa in cui potete notare l'eleganza di questi pilastri che contrastano un po' con il rigore della facciata. L'architetto Mario Mantelli, collega e carissimo amico che purtroppo è mancato da poco, nel 1992 scriveva: "Osservare quest'opera equivale ad ascoltare i primi vagiti del Razionalismo italiano o, se con pignoleria si dovrà notare che la chiesetta nasce

un anno o due dopo il primo edificio razionalista italiano, diciamo meglio che si sentirà sillabare le prime lettere di questa avanguardia in Italia”.

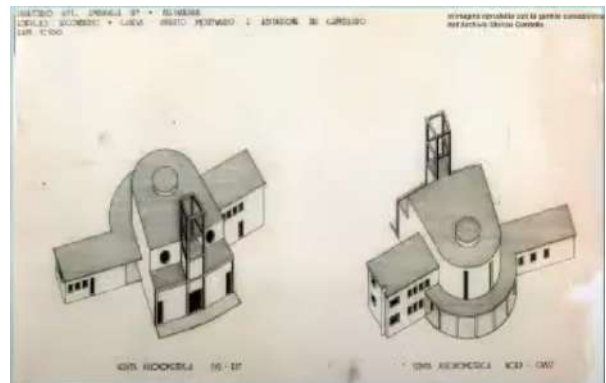
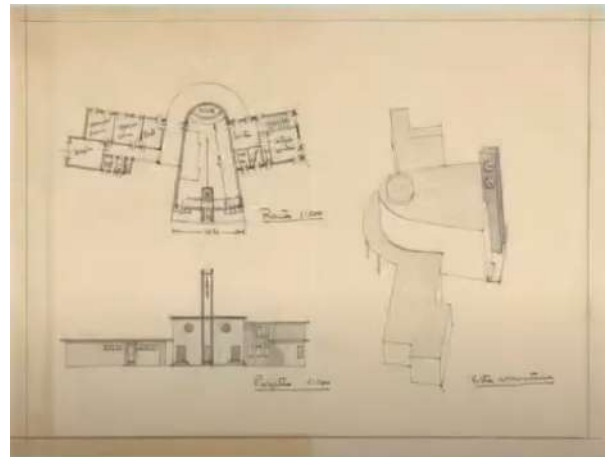


L'altra foto riguarda la torre campanaria prima del restauro del 1994 perché si tratta di una fotografia degli anni Ottanta. Una curiosità: la campana reca la scritta "Sanatorio Vittorio Emanuele 1935 - anno XIII" e anticipa il progetto della torre in Piazza del Duomo pubblicato su Casabella nel 1935.



(Dameri) Sicuramente avete sentito anche soltanto nominare Le Corbusier, l'architetto-maestro del Novecento, di cui voglio ricordare la Villa Savoye che si trova a Poissy, a poca distanza da Parigi, che costituisce l'icona dell'architettura Razionalista: se Le Corbusier sta all'architettura come i Beatles stanno alla musica, la Villa Savoye come se fosse Yellow Submarine. Questa villa, che se-

gna veramente la svolta dell'architettura del Novecento, è del 1928-1930, quindi gli anni sono gli stessi di Ignazio. Quindi bisogna sempre tenere presente come Ignazio Gardella, giovane architetto neolaureato, sia perfettamente formato sulla storia dell'architettura attraverso i libri e le riviste - sicuramente avrà avuto anche una bellissima biblioteca in casa dato che veniva da una generazione di architetti e ingegneri, ricordando che lui prima ha studiato ingegneria e poi è arrivato ad architettura - e perfettamente calato nella realtà architettonica che lo circonda, anzi, alle volte è addirittura avanti. La chiesa e tutto il percorso gardelliano ci accompagnano in una lettura che non è soltanto Gardella ad Alessandria ma è proprio la storia dell'architettura del Novecento che abbiamo bisogno di capire, perché se davanti al tempio di San Pietro in Montorio di Bramante siamo tutti colpiti, l'architettura contemporanea ci mette un po' di più ad entrarci dentro perché deve essere letta attraverso altri parametri.



(Pesce) Accanto all'immagine di destra che è la struttura definitiva del campanile e della chiesa troviamo anche un disegno che rappresenta altre soluzioni pensate da Gardella in precedenza. Vediamo poi la copertura che c'era sopra alla finestra circolare a soffitto che, purtroppo, essendo di rame, è scomparsa nel periodo in cui il Borsalino è stato dismesso.

Per quanto riguarda l'edificio centrale, i lavori di restauro hanno toccato pochissimo quindi sostanzialmente è rimasto l'impianto storico.



Le foto degli interni che vedete sono state scattate negli anni Ottanta quando c'era una parte dell'ospedale ancora inutilizzata e quindi i colori e le disposizioni sono originari degli anni Trenta. Questo è uno dei cameroni, quello da 14 posti letti, ma ce n'erano anche da 6, da 4, da 4 e da 1 in base alla tipologia della malattia, anche con la foto d'epoca.

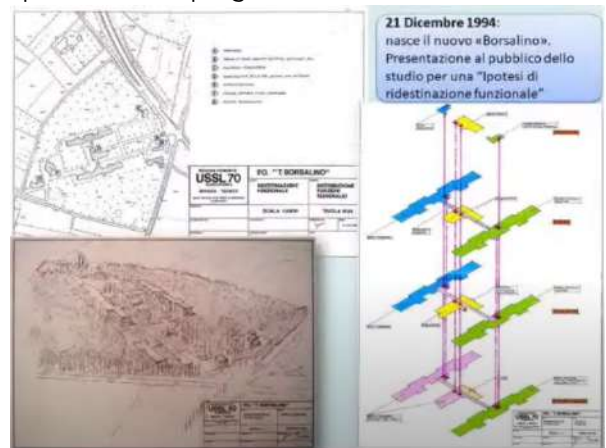
L'ultima foto credo che racchiuda tutti gli stilemi principali di Gardella di cui abbiamo parlato: le finestre ad angolo, le terrazze, i finestrini, queste curve che ci ricordano anche l'Espressionismo tedesco - come ricordavo con l'architetto Jacopo Gardella.



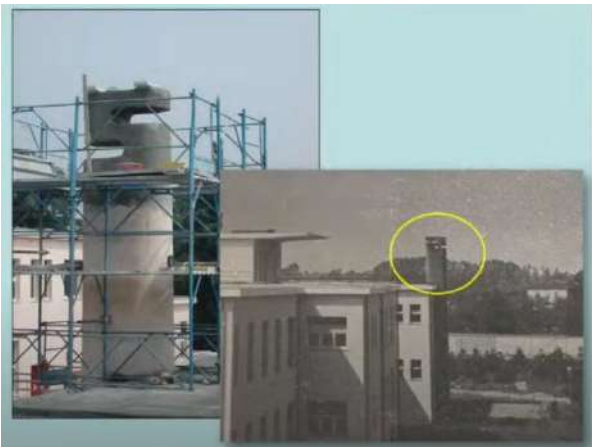
Di rilevante nella foto della veranda con la finestra aperta è sicuramente il tipo di serramenti: si tratta di finestre a ghigliottina fatte in tre parti in modo che scorrendo si poteva lasciare sempre libera la circolazione dell'aria sia in alto sia in basso. A questo proposito è interessante leggere cosa diceva Ferruccio Ravazzoni del 1938: "L'aerazione, fattore di cura di prim'ordine, comporta delle misure e un'educazione alla quale è necessario uniformare tutti i malati fino al loro arrivo in sanatorio affinché divenga per essi un bisogno e un'abitudine che osserveranno anche alla loro uscita e che generalizzeranno nel loro ambiente familiare. Le finestre dei corridoi, delle camere e dei refettori sono sempre aperte salvo quando in questi ultimi i ricoverati vi si trovano uniti o quando il tempo eccessivamente rigido non lo consente". Non c'erano cura per questa malattia, quindi aria, luce del sole, alimentazione e vita regolare erano la cura che facevano a quel tempo e che veniva favorita dalla progettazione. Siamo nel 1936 e ogni malato accanto al letto aveva chiamata infermieri, presa per forza motrice 160 e radio con le cuffie: una vera e propria umanizzazione delle cure. Il Borsalino è anche stato ospedale militare tedesco, quindi troviamo un'iscrizione in tedesco e infine un'immagine del 1994 quando in Alessandria vi fu l'alluvione. Il Borsalino venne invaso dall'acqua ed evacuato, le pneumologie trasferite all'ospedale civile e l'interno devastato.



Qui nasce l'idea di ristrutturare il Borsalino. Questi sono disegni che avevo fatto io nel 1994 da cui è nato poi tutto il Centro Borsalino: avevo messo su carta le idee su cui si ragionava da anni, ma senza molte speranze. Sono invece poi arrivati i fondi per l'alluvione, intervenne la Fondazione Cassa di Risparmio e nacque la Società Borsalino. Dopo la gara d'appalto, dal 2000 al 2005 abbiamo svolto i lavori, tra l'altro terminati anche in anticipo rispetto al cronoprogramma.



Dicevamo all'inizio che Borsalino nel 1929 aveva dato 11 milioni di lire per costruire sanatorio, mentre noi abbiamo speso 11 milioni di euro per ristrutturarlo. Vi mostro alcune immagini del cantiere in cui si vede che abbiamo anche recuperato i terminali dei camini che adesso ovviamente non funzionano perché la centrale termica è centralizzata, ma erano un patrimonio da salvare. Vi sono anche alcuni dettagli degli interni e le immagini di come si presenta adesso l'area.



Nelle ultime due foto vedete la copertura di quel passaggio all'aperto che è stato l'unico oggetto di intervento volumetrico, come vi dicevo. I colori sono originali poiché abbiamo fatto degli studi stratigrafici e anche i colori dei camini sono originali.



(Pesce) Noi abbiamo fatto un lavoro davvero molto controllato e anche certosino, riproducendo i colori originari e conservando anche i serramenti originari, ovviamente bloccati perché ora non sono più a norma, ma si vede chiaramente come la struttura fissa sia verniciata in bianco e quella mobile in azzurro.



(Dameri) Occorre specificare le architetture del Novecento sono fragili perché in alcuni casi, quando escono dalle maglie dalle leggi sulla tutela - il lasso di tempo che ti permette di far entrare in gioco la soprintendenza è di 70 anni attualmente - sono architetture che non vengono tutelate e quindi spesso non vengono ristrutturare. Non è questo il caso, anche perché c'è stata veramente una congiuntura astrale particolare tra progettisti, committenti e soprintendenze che ha permesso di realizzare un risultato eccellente, ma ciò dimostra quanto sia importante la sensibilizzazione della cittadinanza affinché queste architetture non vengano snaturate completamente. Io con i miei studenti sto molto lavorando su questo, perché il patrimonio del secondo Novecento, non rientrando nel frangente di tempo necessario, può essere piuttosto a rischio. Occorre quindi rifunzionalizzare questi edifici, ma farlo bene e con il dovuto rispetto, il che non è così semplice.



(Como) Ringrazio i nostri ospiti per questo excursus storico e architettonico che ci ha regalato anche tanti spunti sociologici, culturali e di storia della medicina nella divisione tra i sessi, nel rapporto tra le strutture, la città e la comunità.

L'iconografia della beneficenza. L'Ospedale Maggiore Ca' Granda di Milano e l'Ospedale dei SS. Antonio, Biagio e Cesare Arrigo attraverso i ritratti dei benefattori dialogo tra

Paolo Galimberti, dirigente responsabile Beni Culturali Ospedale Maggiore Policlinico di Milano
Elena Franco, architetto e fotografa, ideatrice del Progetto fotografico "Hospitalia"

(Viazzi) Questo incontro è dedicato all'iconografia della salute e sono ospiti Elena Franco ideatrice del progetto fotografico Hospitalia e Paolo Galimberti, archivista e responsabile dei beni culturali dell'Ospedale Maggiore Ca' Grande di Milano. Elena, Paolo: ha ancora senso parlare di valore sociale della ritrattistica oppure parliamo di valore storico e culturale del patrimonio?

(Franco) Assolutamente sì ha senso parlare del valore sociale dei ritratti dei benefattori in quanto sono un esempio importante di utilità dell'impegno civico e anche dell'utilità del dono, quanto mai in questo momento penso sia importante, vista la situazione di contesto in cui ci troviamo a vivere in un momento in cui è necessario assolutamente impegnarci con vari gradi, che danno continuità in questo percorso di cura della nostra comunità, quindi proprio per questo motivo i ritratti dei benefattori che non hanno mai messo tanto l'accento sulla persona che donava ma sull'atto del dono, non erano autoreferenziali, ma avevano un senso come testimonianza di impegno sociale. Su questo io lascerei la parola a Paolo Galimberti perché naturalmente Cà Granda ha una storia secolare, dopo mi riservo un po' di tempo per raccontare quello che anche l'ospedale di Alessandria ha come patrimonio.

(Galimberti) Certo mi collego bene, come negare il valore sociale e civico di questa tradizione si potrebbe parlarne per molte ore, quello che è interessante sottolineare è come già al momento della fondazione da parte di Francesco Sforza viene dichiarato che l'Ospedale Maggiore è fondato cum mediolanense populo, non è solo un'autorità pubblica che ci mette ma è tutta la cittadinanza che è coinvolta, che è coinvolta a vario titolo, poi ancora oggi vediamo gli amministratori professionisti, i pazienti, i seimila neonati che nascono ogni anno alla Clinica Mangiagalli c'è davvero tutta la città da secoli è legata al proprio ospedale. Il problema da sempre è quello di una raccolta fondi efficace, ed è un problema secolare, perché l'assistenza sin dall'età medievale gratuita per i bisognosi è uno dei vanti della città, un provvedimento del XIII secolo dice che chiunque sia bisognoso e si rivolge all'ospedale viene accolto nella maniera migliore possibile non in una

maniera “qualsivoglia”. Per erogare un’assistenza di alto livello c’è bisogno di avere dei fondi consistenti per stimolare la generosità dei milanesi a partire dal 1602, quello che penso in pubblicità si chiami testimonial, l’ospedale inventa un sistema per gratificare il benefattore e invogliarne altri a seguirne l’esempio, commissiona quattro ritratti di benefattori celebri, di fatto sono quattro arcivescovi, il Cusani, Grassi, Visconti e Carlo Borromeo, a quella data non ancora canonizzato, attenzione, cioè è già tanto per ospedale perché aveva fatto testamento durante la pestilenza del 1576 e molti milanesi avevano seguito un esempio di un cardinale così illustre e così famoso. La cosa piace molto, c’è un documento di fine Seicento che dice “visto il successo che abbiamo facendo ritratti, continuiamo su questa strada” e la strada continua inizialmente, è un po’ discrezionale, la commissione del ritratto decide chi è più importante, chi è più significativo di altri, evidentemente nel Sei e nel Settecento è rappresentata tutta la nobiltà, il patriziato, insomma le grandi famiglie cittadine e dai primi dell’Ottocento si decide anche una tariffa se uno fa una beneficenza superiore alle quarantamila lire milanesi ha diritto a un ritratto a mezza figura, più di ottantamila a figura intera, diciamo diventa anche visibile l’identità della beneficenza la cosa continua fino ad oggi. Nel 2020 siamo arrivati ad averne 925, relativi al numero leggermente inferiore di benefattori perché in qualche caso ci sono più versioni dello stesso personaggio, magari una versione non piaciuta e la seconda esecuzione da parte dell’artista, si entra davvero un po’ anche nelle modalità curiose e delle vicende artistiche e questo meccanismo funziona, cioè essere gratificati, il fatto che la generosità diventa motivo di vanto diventa motivo di affermazione sociale, diventa uno status symbol, in qualche maniera, tutto sommato le famiglie importanti a Milano hanno un palco alla Scala, una tomba al cimitero Monumentale e un ritratto alla Galleria dell’Ospedale e allora questa enorme raccolta, diventa una tradizione che viene ripresa da tutti gli enti assistenziali lombardi e oltre, quali sono Novara che è Lombardia Alessandria che è Lombardia per antiche tradizioni, evidentemente in altre realtà conciliazioni più contenute, Milàn l’è grand Milàn e le dimensioni stesse della città, le relazioni internazionali l’industria e quant’altro hanno fatto sì che il numero di benefattori rappresentati sia maggiore e che gli artisti che compaiono siano magari più del numero, il nome sia più noto che conosciuto, e dicevo è interessante perché non abbiamo capolavori, ci piace dircelo, abbiamo degli artisti molto importanti abbiamo delle opere di alto livello capolavori da ammirare all’Accademia delle Belle arti di Arti di Brera o nella Pinacoteca Ambrosiana, ma è la collezione di per sé che è affascinante, è la testimonianza di quattrocento anni di storia dell’arte tanto per cominciare, dove ci sono i vertici, ci sono anche opere francamente modeste ma che rispondevano al gusto di un certo periodo. Abbiamo Hayez, abbiamo Segantini, abbiamo Pitochetto ma abbiamo anche diciotto opere realizzate da Giuseppe Palanti che adesso è poco noto ma era molto di moda negli anni venti del Novecento o Augusto Colombo che un piacevolissimo

ritrattista molto affermato, con una scuola tra l’altro di allievi, ma che adesso non è così noto nel libro di storia dell’arte, per cui c’è una panoramica del gusto artistico e c’è una rilevanza della raccolta data dall’essere opere realizzate su commissione, c’è una scelta dell’artista, c’è un pagamento all’artista non c’è la firma Giacomo Ceruti, c’è un pagamento al Pitochetto, che noi siamo sicuri che certi dipinti siano stati eseguiti da quel pittore consegnati a quella data a quella data precisa, questo fa sì che alcuni diventino anche delle pietre di paragone, se ci sono dei dubbi attributivi uno può confrontare con un’opera sicura per data, localizzazione ed esecuzione e ci sono tutte le vicende curiose che alla fine anno esecuzione del ritratto abbiamo soprattutto dalla metà dell’ottocento magari le fotografie impiegate come modello per dare un volto somigliante per avere un abbigliamento congruo con l’epoca, nei secoli precedenti evidentemente l’artista si rifaceva precedenti ritratti o a descrizioni tipo identikit. La carriera dell’atelier, dicevo, ci sono anche casi di opere rifiutate perché non ritenute sufficientemente rappresentative o somiglianti in qualche caso, i soldi potranno andare o con un’eredità unica a benefattore scomparso o con una donazione di vita, in qualche caso benefattore esprime una volontà di scegliere un pittore e molte volte sceglie quello che di moda ma poi non è così rilevante magari invece dal ritratto fatto da Campiglio o da famosi pittori attuali ma non piace al momento perché troppo moderno, troppo distante dal gusto dal gusto comune per cui ci sono i carteggi con l’artista le diverse versioni, bozzetti... Segantini fa garbatamente capire che le sue quotazioni sono dieci volte tanto quello che l’ospedale lo paga per il ritratto ma lo fa come forma di beneficenza, allora l’artista affermato fa sua volta una beneficenza all’ospedale, il giovane emergente è onorato di apparire una totale raccolta dei mostri sacri della pittura. C’è questo primo filone che quello della storia dell’arte che è più immediato ed è quello che offre ancora delle grosse sorprese a livello di studi e di ricerche che qui la fortuna di avere un archivio ci permette di conoscere meglio le vicende del dipinto, un altro motivo di interesse è quello dei personaggi che sono raffigurati e una panoramica della società milanese, dell’alta società perché il comitato scatta oltre un importo e non tutti sono in grado di fare un lascito. Adesso è calato e la tariffa ha eliminato la differenza fra mezza figura e figura intera, con duecentocinquanta mila euro si può vedere fatto già il ritratto a figura intera, è l’alta società, ho detto, nei sei e nel settecento abbiamo la nobiltà e il patriziato, nell’otto e nel novecento abbiamo imprenditori, i professionisti, gli industriali, abbiamo le famiglie che emergono, c’è tutta la “Milano da bere” perché abbiamo Campari, Ramazzotti, Branca assieme ad altre distillerie tutto quello che è anche l’aperitivo alla milanese, ma anche chi è stato uno grande industriale, abbiamo Pirelli abbiamo Romeo della Anomina Lombarda Fabbrica Automobili, gli avvocati abbiamo uno spaccato sociale interessante rilevante abbiamo anche persone normali o qualunque, modesto che vendeva i buoni fuori dall’università che alla fine ha accumulato un tesoretto che ha voluto

lasciare all'ospedale, non c'è solo il grande capitano di industria ma c'è anche la gente normale e in questo c'è anche tutto un gioco di modalità di autorappresentarsi e di rappresentazione. Abbiamo molti medici chiaramente vestiti da medico, l'avvocato notate ha sempre la toga, gli ingegneri hanno tecnigrafo, anche qui è da capire quanto è l'artista che ha dei modelli sotto mano quanto il benefattore che vuole che si appaia in una forma smagliante: Davide Campari del frac nel foyer della Scala, appassionato d'arte, la famiglia ci chiede che appaia col suo ruolo sociale era davvero uno statu symbol comparire nella galleria di ritratti dei benefattori anche qui con dei interessanti punti di snodo della storia fino alla certa data quello che è rilevante è l'albero genealogico, gli stemmi la potenza europea, dopo a noi piace il self made man e ci sono personaggi come il Fantelli che fa i soldi arrotolando le maniche vendendo il vino a Ticinese, faceva il bottegaio, vendeva vino e in una prima versione del ritratto è in cantina con la fiasca di vino le maniche arrotolate in camicia, una grossa catena d'oro, l'orecchino e un grosso anello, cosa che non piace per niente nel 1876 perché a quella data piaceva invece la famiglia importante ed è un aspetto di rispettabilità borghese che viene subito recuperato, nella seconda versione del ritratto non lo ambientano più nella sua cantina ma con un elegante completo e lo sfondo sfumato pochi decenni dopo invece si afferma quasi il contrario, dove viene passato per self made man gente che aveva magari già una famiglia solida alle spalle ma che si tramanda abbia fatto fortuna e successo delle sue capacità imprenditoriali, per cui c'è tutto questo filone interessante della società e come la società vuole apparire al meglio delle sue possibilità. In quel periodo c'è grandissima attenzione al realismo delle fisionomie ma soprattutto dei tessuti degli abiti che sono resi in maniera riconoscibile, il tipo di velluto, di pizzo, di qualità del materiale gli facevano notare questo mi piace lo ripeto frequentemente perché mi ha colpito come cosa frequentemente il taglio dell'abito, perché qui c'è tutta la storia della moda in questi 400 anni, che di fatto il taglio dell'abito è un po' fuori moda, non è dernier cri ma la qualità dei materiali è eccelsa, che è a cosa molto milanese, diciamo basso profilo, understatement però la qualità, la sostanza deve vedersi per esibire il bloccato prezioso, una seta preziosa che notava una certa maniera della persona raffigurata la ricchezza l'importanza la rilevanza poteva permettersi un certo tipo di altri certo tipo di gioielli di un certo tipo di presentazione al pubblico. Questo in breve poi si potrebbe parlarne a lungo, di una certa ritrattistica, un ritratto sociale della moda, diverse modalità di interpretazione anche di certi aspetti secondari che ci raccontano, avere delle istantanee di quattro secoli, le imposte dell'ospedale erano colorate di verde, dai ritratti e non dalle foto in bianco e nero ho fotografie usate come medium per il ritratto e ritratti fotografati il mancato di una foto ceramica da mettere sul monumento funebre, se ho solo quello, lo fotografo e piazzo al cimitero. La tradizione continua.

(Franco) Ecco per entrare questo tema fotografico e per riallacciarmi a quello che raccontavi vorrei raccontare due cose invece sulla collezione del ritratto di benefattori dell'ospedale di Alessandria, innanzitutto una cosa abbiamo in comune un autore che nel nostro caso è Giuseppe Amisani che ha fatto un unico ritratto di un giovane ufficiale che nel millenovecentodiciannove all'epoca della spagnola i genitori fanno una donazione all'ospedale e chiedono espressamente quindi che il pittore sia Amisani il famoso pittore dei re che frequentava l'aristocrazia infatti era diciamo benefattore un aristocratico quindi questo a testimoniare il fatto che a volte anche chi faceva il lascito comunque faceva una donazione magari chiedeva per suo gusto di esser ritratto, di far ritratte un suo congiunto da un pittore, quindi questa è una prima cosa che mentre parlavi mi è venuta in mente, perché il patrimonio dell'ospedale di Alessandria consta di circa duecento opere perché c'è anche questa cosa che in ambito piemontese e soprattutto nel tardo ottocento oltre ai ritratti è uso fare anche i busti o bassorilievi come nel caso la fotografia cioè sui ritratti fotografici usati come prova come esempio per realizzare invece il ritratto pittorico su questa cosa lavorando insieme dei beni di Alessandria in questo momento sono in fase di studio per cui stiamo riprendendo le catalogazioni che negli anni passati sono state fatte per cercare di andare a coprire con degli studi specifici delle lacune, per esempio prima dell'ottocento sugli autori sui pittori che si sono occupati di ritrarre normalmente sono i benefattori che danno avvio un'opera pia chiudono in qualche modo ritratti dall'anno di fondazione fino a settecento inoltrato un pochino questo è il trend dopo invece nell'ottocento vediamo che la cosa si apre, diventa veramente consuetudine, ne abbiamo molti è tolto il fatto di una continuità per esempio c'è il pittore Mensi che da quando torna ad Alessandria dopo le sue peregrinazioni in Italia come era uso fare, un po' Roma, Firenze le capitali torna ad Alessandria e gli viene dato un incarico di riordino della pinacoteca circa e l'incarico gli occuparsi dei ritratti dell'ospedale, quindi ne fa la sequenza fino al milleottocento ottantotto che è l'anno della morte sul filo di questa chiusura per l'opera di Mensi per l'ospedale di Alessandria succede un fatto, che abbiamo iniziato a trovare dei ritratti che sono firmati Castellani, F punto Castellani, in realtà Castellani non era un pittore ma è uno stabilimento fotografico che ha sede ad Alessandria, che ha una succursale a Vercelli dove collabora con Costa che è un pittore, e poi apre addirittura una filiale chiamiamola così a Nizza in Francia quindi diciamo abbiamo un soggetto che è attivo nel campo del ritratto ma che è un fotografo, allora li vediamo poi che su un giornale locale alessandrino si fa pubblicità per brevetto che consente di fare dei ritratti pari al vero e dice "ma insomma il costo è questo" allora capiamo che sostanzialmente ritratti che ha Alessandria sono dei ritratti fatti da uno studio fotografico tratte da una trasposizione su tela di fotografie ingrandite poi lavorate insomma pittoricamente, questa cosa è una curiosità, anche qui, come dicevi tu, il valore di queste collezioni non è tanto per il singolo

pezzo, ma è perché testimonianze della compiutezza di un percorso storico ma anche di un'evoluzione nel costume quindi anche il fatto di farti ritrarre nell'ottocento dopo che la fotografia insomma nasce inizia ad affermarsi come alternativa un pochino alla pittura in questo caso è un pochino una cosa particolare ne abbiamo mi sembra quattordici o quindici, non stiamo parlando di uno, mi sembra quindi un'altra cosa interessante è un altro fotografo attivo un po' dopo a cavallo tra otto e novecento anche fa due ritratti dei benefattori dell'ospedale, questa è una cosa curiosa che sicuramente si potrà indagare ancora, qui l'archivio in realtà delle fotografie originali non c'è ma abbiamo i ritratti elaborati, e quindi nell'insieme i ritratti di circa duecento opere alessandrine sono interessanti perché che ci danno un contesto anche qui del costume perché sono una testimonianza per esempio accompagnano che ne sappiamo sulla fondazione delle opere pie e fuori diciamo si concludono con una serie di particolari sia sulla qualità degli abiti piuttosto che delle modalità di essere rappresentato ma anche danno contezza di quello che era un po' a livello locale una situazione di offerta del mercato in termini di ritrattistica perché come vediamo abbiamo delle curiosità legate veramente al locale, io ti chiederei perché ad Alessandra stiamo lavorando sul recupero di informazioni sulla conoscenza di questo patrimonio che servirà poi a fare delle riflessioni su come valorizzarlo quindi ti chiederei magari di raccontare un pochino come invece voi state valorizzando questo patrimonio che è interessante sotto tutti gli aspetti che dicevi.

(Galimberti) Tutto parte della conoscenza nel senso che anche aver scoperto come erano le ha valorizzati in passato ci ha aiutato a capire meglio le fisionomie della collezione è evidente che i ritratti sono fatti per essere esibiti se non funziona più per meccanismo veramente le opere sono esposte nella Sala del Capitolo nel grande salone dove si riuniva il consiglio di amministrazione che veniva aperto al pubblico nelle festività o con cui erano accompagnati gli ospiti di riguardo, allora arriva Louise Bonaparte lo si potrà vedere i ritratti dei benefattori, con l'età napoleonica questo stato perde le sue funzioni di rappresentanza e secondo problema di dove e come esibire, sotto il portico dell'ospedale durante la Festa del Perdono che l'indulgenza plenaria che si celebra il 25 maggio degli anni dispari, una panoramica di benefattori che l'avevano preceduto fino a quel momento, per cui uno stimolo alla generosità ma anche una biennale d'arte l'artista sapeva che la sua opera sarebbe andata a finire dopo quelle viste l'anno precedente con di fatto i rivolgimenti della guerra i bombardamenti che hanno distrutto l'edificio della Cà Granda si è posto il problema di dove mettere questo nel frattempo cresciuto numero di opere ci sono in realtà degli esperimenti museali a fine ottocento dove però il museo permanente non affascina, la gente non va a visitarlo quando è più il costo del custode che deve aprire la porta rispetto al vantaggio che si ha nella esposizione temporanea. Le riflessioni fatte nello studio perché se partiti dallo stu-

dio e perché queste opere, cosa sono, a cosa sono legate, dove sono sui documenti, qual è la biografia del benefattore o dell'artista, che testimonianze abbiamo del passato anche fotografie d'epoca ci mostrano l'evoluzione o il degrado o il restauro intervenuti, si trattava anche questi aspetti e alla fine hanno portato a valutare che la strategia più intelligente non era come fatto nel quarantuno con uno spazio espositivo con novecento ritratti esposti che "ammazzerebbero anche il più volenteroso" perché l'idea del museo oggi non è un accumulo di oggetti ma il fatto che quegli oggetti siano compresi nell'attività di spiegazione e della didattica e di apparati didascalici che li portano a comprendere il ruolo di quegli oggetti si è partiti dal "prima dobbiamo salvarli" per cui la creazione di depositi con un controllo del clima per la sicurezza dei beni, campagne fotografiche che ci documentassero lo stato che e ci permettessero di far circolare l'immagine senza movimentare l'opera, una grande attività di prestiti a mostre se l'ente richiedente è all'altezza della serie di parametri che devono essere soddisfatti, parametri che vanno dalla reputazione dell'ente alla qualità del progetto scientifico alle cornici, al facility report degli ambienti, è lampante e che ci ha permesso però di girare una serie di rassegne e di essere conosciuti altrove ma non è solo Segantini esposto a Tokyo o a New York ma anche il dipinto meno rilevante è inserito nella rassegna che ne permette lo studio, in un catalogo con altre opere dello stesso artista, con altre opere dello stesso studioso, questo è un aumento di conoscenze dell'opera stessa che è utile per noi al di là della fatica del grande lavoro, quello che siamo arrivati a fare da pochissimo tempo è un piccolo spazio espositivo, abbiamo infatti novecento opere nei depositi e venti esposte, e cerchiamo di valorizzare le firme più illustri puntiamo sul nome importante del pittore, c'è Morbelli, Sironi, Segantini, Carrà e via scorrendo o per gli antichi Hayez o Molteni, per far capire quanto possono essere interessanti i depositi, sono accessibili agli studiosi, ai ricercatori, agli ispettori della soprintendenza o allo studente che vuole fare una tesi o a chi ha bisogno di un confronto di un accesso diretto, diciamo, il deposito non è un magazzino, non è una cantina, è un libro da sfogliare, per fare una didascalia decente in un museo, che fatica a condensare in cento parole tutto lo studio che c'è dietro ma senza lo studio si scriverebbero delle sciocchezze, la fase di ricerca viene molto prima di quella di valorizzazione che è il coronamento.

(Franco) E non finisce mai.

(Galimberti) Le energie non sono mai sufficienti, un'altra iniziativa che abbiamo fatto invece è aderire a un progetto di Google, di fatto c'è un portale che consente la visione di settecientosettanta ritratti ad altissima definizione e la proposta ed alcune piccole mostre virtuali dove uno approfondisce un ritratto.

(Viazzi) È una collaborazione con in Google Cultural Institute?

(Galimberti) Esatto, noi avevamo già una nostra campagna fotografica, fatta nei primi anni duemila in maniera tradizionale, e sempre con l'idea che la bella stampa ai sali d'argento su carta politenata perché la carta baritata costava troppo, mi durerà duecento anni come minimo, il digitale non lo so, e poi per avere, avendo campagne fotografiche dal 1911, del trentacinque, del '54 e dell'80 poter avere anche lo stesso formato materiale che mi permette di confrontare il peggioramento... Questo portale di Google in realtà ci permette una visibilità mondiale e di proporre queste mostre virtuali perché ci sono degli affondi su alcune opere o alcune tematiche che speriamo vengano apprezzate dal pubblico più ampio, diciamo il tentativo è sempre, potendo fornire una riproduzione di non rendere necessario lo spostamento di persona o a quel punto giustificarlo perché lo studioso capisca quanto gli può interessare vedere l'originale.

Future for Religious Heritage e chiese creative: reti di opportunità per il futuro della chiesa di Gardella dialogo tra Francesco Novelli, Politecnico di Torino Aldo Buzio, Spazio Kor

(Como) Continuiamo a parlare di percorsi della Salute e lo facciamo da un punto di vista un po' diverso. Infatti è qui con noi Francesco Novelli, ricercatore del Dipartimento di Architettura e Design del Politecnico di Torino e con Aldo Buzio, Presidente dell'Associazione Craft di Asti, che ci parleranno da un punto di vista sia più teorico che più pratico. Bentornata invece a Elena Franco, architetto e fotografa che modererà questo dialogo. Lascio quindi subito a Lei la parola, per scoprire quali possono essere le future progettualità riguardanti la chiesa di Gardella di cui abbiamo parlato tanto questa mattina anche con Annalisa Dameri e Claudio Pesce. Quali possono essere anche le opportunità che offrono la creazione di reti nazionali e internazionali di cui ci parleranno i nostri ospiti. Prego Elena, a te la parola.

(Franco) Io farò una brevissima introduzione perché in effetti l'idea di coinvolgere Aldo Buzio e Francesco Novelli in questo breve dialogo è nata proprio perché ad Alessandria c'è questa chiesa del Sanatorio Borsalino che tra l'altro invito a votare come "luogo del cuore" del FAI, che è un luogo che necessita di una riflessione per il suo inserimento in un percorso di valorizzazione. In effetti sia Francesco che Aldo spesso hanno lavorato sul riuso del patrimonio religioso non più utilizzato. La chiesa di Gardella del Sanatorio Borsalino in realtà mantiene la sua funzione religiosa anche se non ha un uso continuo in questo senso. Quindi è un caso un po' particolare, è un caso limite. È una chiesa che fa parte di un complesso che è stato convertito, dopo un periodo di

abbandono, da Sanatorio in Centro Riabilitativo, quindi effettivamente un luogo della salute, un luogo della cura anche oggi, e tra l'altro è inserito anche in un parco. Quindi abbiamo tanti elementi, non è soltanto l'oggetto chiesa, ma è l'insieme di questo gruppo che merita una riflessione e che merita un ragionamento su come la collettività, e non soltanto l'Azienda Ospedaliera, possono continuare un percorso aggiornandolo a quello che è la contemporaneità, quindi chiederei a Francesco Novelli se potesse parlarci come potrebbe essere il riuso di questo patrimonio religioso e quali sono gli elementi che in effetti vanno considerati quando si appropria un tema come questo.

(Novelli) Grazie, intanto volevo ringraziare l'organizzazione dell'ospedale di Alessandria per la partecipazione a questo interessante ciclo di comunicazioni ed Elena Franco per la gradita presentazione. Intanto, il titolo dato all'intervento "Future for Religious Heritage" contiene già di per sé "FRH" un'Organizzazione Internazionale che fa della lettura in rete del patrimonio l'opportunità di sottolineare quanto è importante la presenza in Europa di questo patrimonio. Parliamo della chiesa di Gardella, parliamo del patrimonio architettonico religioso, quale futuro della chiesa di Gardella. Vorrei leggere brevemente un passo di Guglielmo de Angelis d'Ossat, un suo articolo del 1969, sul restauro dei monumenti, provvedimenti legislative, esperienze e suggerimenti in un volume sugli orientamenti dell'arte sacra dopo il Vaticano II. Diceva questo: "il poter dire al termine della propria giornata terrena Domine dilexi decorem Domus tuae" deve essere aspirazione di tutti e non potremmo certo provare l'intima soddisfazione di un dovere lietamente compiuto se le nostre benemerienze si limitassero al compimento di inutili opere accessorie e ancor meno se ci dovessimo riferire alle argomentazioni superflue quasi sempre dannose alle diverse bellurie che in qualche caso ingenuamente affollano e guastano il tempio del Signore. Bisogna conoscere, comprendere, e amare gli antichi edifici per la loro fondamentale concezione di bellezza architettonica, degli originali particolari decorativi che spesso la sottolineano è sempre l'anima dalle opere d'arte accumulati nel lento scorrere dei secoli". Ecco se dal punto di vista della tutela e della prassi operativa del patrimonio architettonico religioso possiamo dire di essere assolutamente arrivati ad un punto in cui i diversi aspetti sono consolidati, tralascio tutto ciò che riguarda la tutela dell'architettura contemporanea del Novecento, che è un filone sul quale evidentemente non ci occupiamo, ma se quindi dal punto di vista della tutela e della prassi operativa siamo in una situazione assolutamente consolidata, ecco ci si può domandare "chi è che si deve prendere cura di questi beni? Qual è il soggetto primo a cui fare riferimento?" Senz'altro questo soggetto è la comunità per la quale questo bene è stato costruito, pensato. La comunità che nel tempo lo ha richiesto, lo ha voluto. Gli stessi riferimenti normativi, le carte del restauro, le convenzioni, facciamo riferimento per esempio alla convenzione di Faro, rimandano al ruolo e all'importanza che la comunità ha nel riferimento e nella tutela dei propri

beni. Perché la comunità è importante? Perché la comunità sedimenta sul bene un ampio bagaglio di patrimonio e cultura materiale e immateriale, quindi diventa sostanzialmente un'occasione di tutela e di rivitalizzazione importante. Quale può essere quindi una strada? Può essere quella di immaginare per una rigenerazione compatibile, consapevole e sostenibile di questo bene di poter appunto avviare un processo di recupero di questa memoria. Qual è l'obiettivo? L'obiettivo è che la comunità, che oggi non riconosce, ha perso la memoria di questo bene, si riattivi nelle progettualità. Ma questo può bastare ci si domanda? Abbiamo visto negli ultimi anni processi di recupero della memoria espressi in maniere diverse. Può essere questo l'unico obiettivo? Senz'altro questo può spingere ad individuare nuovi processi per la conservazione e la valorizzazione del bene ed una sua rigenerazione. Ma dobbiamo anche ricordare alcuni aspetti che sono fondamentali, per ritornare a quello che è il Focus del nostro intervento. La chiesa del Gardella è un luogo di culto, consacrato, e come tale non si possono immaginare per questo edificio interventi che siano difforni da quelli previsti dal diritto canonico. Qual è allora forse il pensiero? Qual è l'attività che da alcuni anni, come gruppo di ricerca, stiamo portando avanti al Politecnico di Torino. È quello di individuare delle possibilità, delle occasioni all'interno del quale poter immaginare delle modalità di uso che siano sostenibili, che siano mediate e che possano magari portare in un prossimo futuro anche a delle modifiche in termini di diritto canonico e che potrebbe permettere una mediazione con quello che viene chiamato in materia "l'uso profano". Senz'altro tutto questo è una grande sfida per il futuro. Recentemente in Vaticano c'è stato un convegno molto importante con un meeting di Vescovi a livello internazionale, e da questo meeting sono uscite delle linee guida per interventi legati alla rigenerazione degli edifici di culto dismessi, con un accenno alle problematiche che, secondo un termine anglosassone, vengono definite come "redundant Church" chiese ridondanti, un patrimonio che ahimè in Italia in effetti è ridondante e per il quale è utile immaginare delle nuove occasioni per nuove attività che in qualche modo si sleghino da quello che è il passato della progettualità verso orientamenti nuovi di cui Aldo possa illustrarci alcuni esempi fortunati.

(Buzio) È più che altro l'occasione di adottare "Spazio Kor" come un possibile caso studio d'ispirazione per nuove tipologie di riuso. Inizio magari a introdurvi velocemente di cosa stiamo parlando. Io, come Presidente di Associazione Craft, dal 2016 ci troviamo ad operare all'interno della chiesa di San Giuseppe di Asti, un bene sconosciuto da parecchio tempo. Quindi un caso particolare, diverso dalla Chiesa del Gardella, ma in cui sicuramente i tratti comuni non mancano. Un patrimonio che probabilmente ormai è più il tempo che ha vissuto come bene laico che non sacro, perché ormai sono più di 200 anni che il bene ha trasformato il suo interno per adattarsi a vari usi legati alla salute, all'educazione e infine alla cultura. Il Comune di Asti negli anni, grazie ad

alcuni finanziamenti europei, ha recuperato la struttura sia esternamente che internamente trasformandola da prima in uno spazio espositivo e di incontro abbastanza generico e poi, intorno al 2012-2013, in un teatro. Dalle slide si evince come l'esterno e l'interno dell'architettura barocca e degli affreschi, si sposi in questo momento con una platea e un palco atto ad ospitare 150 persone, ma più che altro è capace di mettere in scena spettacoli di notevolissimo rilievo nazionale e internazionale. Noi all'interno di quello spazio abbiamo creato una rassegna teatrale, non tanto per una velleità legata alle "performing Arts" quanto più che altro quello del teatro era un valore sentito all'interno della comunità culturale Astigiana e questo è un tassello importante, perché l'uso culturale è sicuramente strategico nel riavvicinamento, nel consolidamento, nel mantenimento del rapporto tra quel bene, quella architettura, e la sua comunità di riferimento. Parliamo di una chiesa che, nonostante fosse sconosciuta da tempo, comunque rappresentava una pietra miliare nel paesaggio del centro storico cittadino e quindi attraverso il teatro è nato un progetto per ricreare una comunità che viva quel luogo come spazio di incontro e di confronto. E, sempre di più, anche come spazio di sollievo, di cura, in un momento difficile come quello che stiamo vivendo, di ritornare a una normalità o ricercare una nuova normalità di socializzazione. Devo dire che il rivedersi a teatro è stato commovente per molti artisti che sono tornati in scena e prima dello spettacolo, commossi, hanno dichiarato di ritrovarsi dopo più di 100 giorni davanti a un pubblico. Questo rapporto basato sul teatro è stato declinato in altri modi. All'interno della città i casi di patrimonio religioso sconosciuto o consacrato debito alle attività culturali non mancano. Sicuramente famoso, e conosciuto ben oltre la comunità locale, è il caso del "Diavolo Rosso" ex chiesa di San Michele di natura privata e dedita all'attività musicale contemporanea. C'è una chiesa consacrata che è quella di Spazio San Giovanni ad Asti che addirittura protegge la primissima architettura preromana e precristiana della città, adiacente all'attuale cattedrale cittadina. Sono spazi che possono essere dedicati magari all'esposizione, agli incontri. Un altro caso interessante, su cui stiamo lavorando in questo momento, ad Agliano Terme, sempre una chiesa, di San Michele. Una confraternita costruita da una comunità in cima al paese, nella piazza principale del paese, questa chiesa che, attraverso un'associazione locale, sta trovando una sua vocazione tra la cultura internazionale, l'enogastronomia locale e la creatività di alcuni artisti internazionali. Sono tutti casi in cui quelli che sono le caratteristiche e vincoli dettati da una pratica di diritto canonico o di diritto nazionale che allargandosi a livello europeo approva declinazioni ancora diverse. All'interno della rete SRH, che è una rete "Creative Europe" che raccoglie più di 150 membri a livello europeo, in cui noi siamo come associazione Craft, e come in Spagna diventa un centro studio e mi riferisco al centro studio Lebaniegos di Potes che vive grazie alla compresenza di un'attività di studio e di formazione e in Olanda dove i vincoli, dati della religione protestante, sono sicuramente diversi e questo

patrimonio trova degli usi interessantissimi di ricollocazione all'interno della comunità e quindi è proprio dalle necessità delle comunità che parte lo studio di un vero e proprio piano di gestione. Quindi ogni chiesa viene trasformata abilmente in un'altra funzione in base alle nuove esigenze della comunità, e questi vogliono dire centri di comunità, vogliono dire centri di ascolto, centri legati magari alle emergenze della Salute. L'obiettivo è sempre quello di mantenere questo legame di rete e questo forte punto d'ascolto. Un secondo obiettivo di cui si è parlato molto a Parigi durante l'ultimo incontro è quello di evitare alcuni usi che, al di là delle norme di diritto, eticamente sarebbero comunque molto discutibili. Abbiamo visto casi negli Stati Uniti di chiese abbattute, di chiese completamente snaturate per diventare case private, per diventare usi commerciali e quindi non più legate effettivamente alla funzione della popolazione per cui erano nati perché, come ricordavano alcuni studiosi anglosassoni, questi sono luoghi che sono nati per una comunità, per supportare una comunità, educarla e aiutarla e sono abituati da sempre al cambiamento perché comunque come edifici sono sempre stati rimaneggiati e probabilmente quello di passare da un uso di palestra a quello del teatro per la chiesa di San Giuseppe, non sarà nel primo e nell'ultimo uso che vedranno quelle mura.

(Franco) Volevo prendere spunto da alcune delle cose che avete detto per cercare di contestualizzare altri elementi che secondo me potrebbero essere oggetto di riflessione. Parto proprio da una cosa che hai detto tu Aldo: che le chiese sono comunque espressione della comunità mantenute nel tempo. Dovrebbe essere alla base di qualsiasi riflessione, un po' come succede per gli ospedali. Io da tanti anni mi sto occupando degli ospedali e anche qui il tema è lo stesso. Un ospedale dismesso, come una chiesa dismessa, anche se l'ospedale è laico, come si può pensare di trasformarlo se non con un uso comunitario? Sarebbe come tradire secoli di impegno sul bene per il mantenimento, per la crescita, per la gestione se si abbandonasse e se si abdicasse la responsabilità di utilizzarlo ancora con un uso comunitario. Diverso da quello per cui è nato, ma comunque pubblico. Il secondo spunto riguarda un altro tema che avete toccato che è quello del legame tra cultura e salute e qui vi lancio un'altra suggestione: il Centro Studi per le Medical Humanities, che è il promotore anche di questo festival, si sta occupando di un tema tanto interessante che è quello appunto delle Medical Humanities, cioè di tutto quello che, oltre all'aspetto scientifico della cura, può contribuire al benessere e alla salute. Allora, forse, in questo senso anche ripensare alla chiesa di Gardella come un simbolo per le Medical Humanities dove magari saremo capaci, oltre al suo uso religioso, di fare un percorso che sappia ascoltare quello che la comunità dei medici, dei pazienti del Borsalino, ma anche di Alessandria, ha verso questo bene, potrebbe essere una considerazione da cui partire per fare un qualsiasi progetto futuro. Se potete, in chiusura, dirci quelle che sono secondo voi le procedure, che sono sempre difficili, per coinvolgere e ascoltare in

maniera corretta la comunità, questo probabilmente sarebbe interessante.

(Novelli) Nel momento in cui si fa riferimento ad alcuni alcuni semplici dati citati da Aldo dove negli Stati Uniti, piuttosto che da altre parti, l'edificio è stato dismesso e poi trasformato in maniera tale da perdere l'identità, da diventare un contenitore di cui io non capisco più quale fosse l'origine, forse è meglio demolirlo. Dopodiché senz'altro modalità attive e proattive in questo senso mi viene in mente un'esperienza che abbiamo proprio sviluppato al Politecnico un paio di anni fa con questa Associazione inglese "Church Conservation Trust" un'associazione molto attiva nella rigenerazione degli edifici di culto dismessi e il loro punto di forza, oltre ad essere non solo un intervento di rigenerazione, è anche il rapporto di rivalizzazione del rapporto con la comunità oltre, aspetto che molto spesso in Italia si perde, l'attivazione della gestione della governance di quello che poi si va a rimettere in pista. Quante esperienze abbiamo davanti agli occhi in cui c'è stato un uso, una profusione di denari ampia e che dopo 10 anni sono lì a languire perché nessuna governance era stata in qualche modo prevenuta. Oggi è molto difficile che qualunque progetto, sia europeo che di altro di altro genere, non preventivi anche questo. Aldo penso possa confermarlo, è di primaria importanza.

Senz'altro un'attivazione consapevole della comunità che ruota intorno al bene, ma in questo senso direi al complesso nel suo insieme, perché è il complesso nel suo insieme che ha sedimentato negli anni quello della chiesa di Gardella senza immaginarla in un contesto che l'ha voluta, di cui è il completamento, di cui è attualmente parte integrante, sul quale dal punto di vista anche del dibattito culturale si sono fatti moltissimi passi avanti e anzi non c'è più difficoltà nell'accettare questo processo.

(Buzio) Io porto tre metodologie: due più consolidate e una più scanzonata. Per partire per un qualsiasi processo di valorizzazione vedevano una coprogettazione, una compartecipazione di diverse tipologie di attore. Spesso e volentieri una proprietà pubblica unita ad una gestione di un'Associazione, quindi di realtà no-profit, che rappresentano magari quella comunità stessa. Oppure casi di proprietà privata unita ad una gestione informale che poi diventa associativa o cooperativa. Quindi anche una declinazione attraverso lo strumento di governance della volontà di inclusione di diverse voci e di diverse volontà. Sia nella fase di disegno, di progettazione partecipata, sia nella fase di ADA "Audience Development Asti" che riunisce 13 partner tra cui il comune e tutti le realtà che organizzano, in modo professionale, eventi su Asti e hanno deciso di creare assieme una strategia di ascolto dei propri pubblici. Quindi, questa seconda metodologia, consolidata ormai dell'Audience Development e quindi dello sviluppo di una relazione partecipata con un pubblico, è una una chiave di lettura centrale anche per pensare all'edificio stesso. Infine, la chiave scanzonata. Quando noi siamo entrati dentro quell'edificio si chiamava, anzi si chiama, perché dal punto di vista urbanistico si chiama ancora

“spazio Giraudi” all’interno dell’ex chiesa di San Giuseppe, noi abbiamo deciso di aggiungere un ulteriore nome e abbiamo chiesto al nostro pubblico di decidere quale fosse il nome. Abbiamo organizzato tre serate di concorso a premi, casino, giochi e anarchia e un gruppo di giovanissimi nonni astigiani ha deciso che quello spazio sarebbe diventato spazio Corra riferendosi al cuore, al coro, al centro in inglese. C’erano 1000 riferimenti che hanno dovuto difendere in una arringa divertentissima che c’è ancora su YouTube. E questi sono ancora a spettatori che, dopo 5 anni, tornano e dicono agli amici “ma sai che l’ho deciso io il nome di quello spazio”. Ecco per la chiesa del Gardella c’è una comunità, sicuramente di estrema prossimità che è quella comunità della salute, e probabilmente ha molto da dire su cosa vorrebbe fare in quel tempo che passa in quel luogo e della funzione che vorrebbe dare a quel luogo.

(Como) Vi ringrazio per gli importanti e preziosi contributi ed esempi che ci avete portato e proposte progettuali che sicuramente sia l’AOAL di Alessandria che il Centro Studi per le Medical Humanities terrà ben presenti nell’ottica di valorizzazione e di riutilizzo comunitario e culturale della chiesa di Gardella. Concludo quindi questo appuntamento ricordando a tutti voi che ci state seguendo sui social che sul sito dell’AOAL potete anche trovare una mostra virtuale dedicata proprio alla chiesa di Gardella con le foto scattate da Elena Franco all’interno del suo progetto “hospitalia” .

Lavori della GIORNATA DEDICATA A “SCIENZA MEDICA, DIRITTO E SALUTE”

Errore in medicina e responsabilità del personale sanitario ai tempi del COVID - 19

dialogo tra

Maurizio Catino, professore
Università di Milano Bicocca - New-York University

Gabrio Forti, professore Università
Cattolica del Sacro Cuore di Milano

Giulio Ponzanelli professore

Università Cattolica del Sacro Cuore
di Milano

(Lombardi) Buongiorno a tutti. Voglio ringraziare e dare il benvenuto ai nostri ospiti: il professor Maurizio Catino che è professore all’Università di

Milano-Bicocca di “Sociologia delle organizzazioni” e anche visiting school alla University New York University; il prof. Giulio Ponzanelli, professore di “Istituzioni di diritto privato” all’Università Cattolica del Sacro Cuore; il prof. Gabrio Forti professore di “Diritto Penale”.

(Quattrocolo) Buongiorno a tutti, sono il direttore del Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche Economiche e Sociali dell’Università del Piemonte Orientale. Sono lieta di partecipare ai lavori di questo festival delle Medical Humanities e in particolare a questa giornata che è dedicata ai profili di tipo giuridico delle tematiche affrontate ad ampio spettro da questa iniziativa. Sono particolarmente felice perché credo che questa inedita e dolorosa esperienza che stiamo vivendo attraverso questa pandemia ci stia consegnando una consapevolezza nuova e diversa della necessità di una più forte interazione, sinergia, tra aree del sapere. L’emergenza ci ha mostrato come affrontare una situazione dolorosa e complessa come quella che stiamo vivendo, significhi avere alle spalle un’organizzazione sociale e istituzionale molto articolata e molto reattiva agli sviluppi, alle modifiche, alle innovazioni, ai cambiamenti che la società vive. Abbiamo naturalmente vissuto l’emergenza medica sanitaria, che ha visto tutti i nostri operatori della sanità mettere a rischio la propria vita per offrire assistenza a tutti quanti noi, ma dietro a questo scenario drammatico, che per tante settimane ci ha accompagnato, abbiamo tutti intuito la necessità di avere strutture, istituzioni, meccanismi decisori e procedimenti comunicativi diversi. Questa emergenza ha messo in luce una debolezza di tutta la nostra organizzazione istituzionale, anche sociale, che richiederà una lunga riflessione nei mesi e negli anni che verranno e questo momento, questo festival che vede riunite sotto la propria egida tante istituzioni che operano per trovare sotto vari profili, nella realtà locale e nazionale, con tanti studiosi ed esperti di materie così diverse, è veramente il segno e la dimostrazione di questa maturata consapevolezza. La gestione efficace della sanità, la prossimità dell’assistenza sanitaria, sono temi che richiedono una prospettiva a 360°. Ed è proprio per questo che ritengo che questa iniziativa abbia un valore davvero importante ed essenziale. Proprio per questo, ci tengo particolarmente a rappresentare, oltre alla partecipazione dei miei colleghi che sono oggi relatori in questa sessione, la partecipazione dell’intero Dipartimento di Giurisprudenza e Scienze Politiche Economiche e Sociali a questo evento, che rappresenta un momento di inizio di esperienze di collaborazione che sono certa andranno ben al di là dei momenti divulgativi. C’è la necessità di ripensare alla macchina organizzativa pubblica, le sue dinamiche, i suoi passaggi decisori, le modalità di comunicazione delle decisioni che vengono prese, in maniera efficace in modo che chi è a contatto diretto con il pubblico, che in questo caso somministra i trattamenti, l’assistenza sanitaria nella quotidianità, possa contare su un background forte, organizzato, articolato e idoneo a passare le informazioni necessarie. Quindi è con grande piacere che auguro a tutti i presenti e a

tutti i partecipanti un buon lavoro nella speranza che questo sia appunto un momento di inizio di una forte sinergia tra le competenze del nostro dipartimento e le strutture sanitarie della zona, una sinergia che esiste ma che, con questa occasione, oggi rilanciamo e potenziamo per il futuro. Buon lavoro a tutti.

(Lombardi) Grazie. Inizierei questa tavola rotonda parlando con il professor Catino. Noi tutti conosciamo, e personalmente ho molto apprezzato, i suoi studi sugli errori nelle organizzazioni complesse e, contestualizzando un po' il tema in medicina, quali sono le relazioni tra il ruolo del fattore umano del comportamento individuale del medico e il ruolo dei fattori organizzativi. I tuoi studi su questi aspetti, sull'errore, anche nelle altre organizzazioni complesse, possono dirci qualche cosa, darci qualche elemento in più per ragionare sull'errore in medicina.

(Catino) Le analisi sull'incidentalità nelle organizzazioni complesse, quali gli impianti industriali, chimici, i sistemi di trasporto, e anche l'analisi condotta sugli incidenti e sugli errori in medicina ha messo in evidenza l'interazione tra il fattore umano (le attività compiute dal personale sanitario), i fattori organizzativi, cioè sia il contesto di lavoro, quindi l'organizzazione del lavoro, e i fattori interorganizzativi, cioè tutte quelle organizzazioni che in qualche modo producono tecnologie che poi vengono utilizzate dagli operatori. In altre parole, nell'analisi in questi eventi non possiamo limitarci all'analisi soltanto del cosiddetto "errore umano" perché l'errore umano non è ciò che spiega l'evento ma è ciò che deve essere spiegato. Pertanto, dobbiamo risalire a questi fattori organizzativi di contesto. Per esempio: le caratteristiche del paziente. I pazienti non sono tutti uguali, differenze di peso possono essere estremamente significative nell'esercizio dell'attività. Introdurre elementi varianti nell'esercizio dell'attività, l'organizzazione del lavoro, il team, gli aspetti gestionali e gli aspetti interorganizzativi. Quindi le ricerche hanno sempre più messo in evidenza un passaggio nell'analisi del fallimento cosiddetto "tecnologico", al fattore umano, ai fattori organizzativi. Ed è proprio a questi fattori organizzativi che noi dobbiamo prestare particolare attenzione perché in fondo gli operatori sono gli eredi di difetti del sistema che essi stessi non hanno contribuito a determinare, senza sollevare la responsabilità individuale in particolar modo per casi di dolo o di grave negligenza, ma che esulano completamente dai ragionamenti qui fatti.

(Lombardi) Cause che forse devono essere prese in considerazione, non è solo il comportamento individuale ma anche il contesto nel quale il medico agisce, e ci sono poi dei contesti che richiedono magari delle decisioni rapide, penso ad esempio alla medicina di urgenza o i casi delle epidemie in cui si sono dovute prendere delle decisioni in contesti organizzativi molto difficili. Come viene analizzato l'errore in medicina? Quali sono le principali logiche di indagine?

(Catino) Bisogna distinguere due principali logiche. Un approccio basato sulla persona, di tipo accusatorio purtroppo tuttora molto diffuso nelle organizzazioni, non solo quelle del campo sanitario, e un approccio di tipo organizzativo. Fino a pochi anni fa l'errore in medicina era considerato prevalentemente dal punto di vista legale ed assicurativo, non ci si poneva il problema dell'apprendimento dagli errori. Tra l'altro molte organizzazioni continuano tutt'ora a non farlo. Quando accadeva un evento avverso se ne occupava l'ufficio legale, se ne occupavano le assicurazioni. Perché mai bisognava analizzare l'evento? Questo è il modo in cui veniva concepito. Poiché l'errore generava contenzioso, l'attenzione era posta solo sul contenzioso. Ma gestire il contenzioso non significa che si sta gestendo il rischio clinico, ovvero non si sta riducendo la probabilità che un determinato evento possa riaccadere con la stessa gravità o con la stessa frequenza. Quindi si è passati da un approccio legale, diciamo così ed "assicurativo", ad un approccio più volto all'apprendimento dagli errori. Naturalmente questo non è un approccio diffuso in tutte le organizzazioni, o in tutte le organizzazioni sanitarie. L'approccio di tipo accusatorio si basa sostanzialmente sulla domanda "di chi è la colpa?" e quindi è volto a cercare responsabilità di tipo individuale e, una volta trovata si ferma. Ma questo tipo di approccio non produce apprendimento organizzativo, semmai si riduce alla colpevolizzazione dell'operatore che ha sbagliato nell'esercizio della sua attività, ovviamente in modo non volontario. L'altro approccio, di tipo organizzativo e funzionale, è invece volto all'apprendimento degli errori e quindi è maggiormente indicato proprio per ridurre le probabilità che tali eventi possano verificarsi di nuovo.

(Lombardi) Naturalmente questo tipo di approccio richiede che non si preveda una colpevolizzazione della persona altrimenti le persone non sono indotte nel processo di segnalamento degli eventi avversi, degli errori o di quant'altro. Quindi allora, come suggerisce il professore, un nuovo modo di calcolare l'errore come un valore e non un qualcosa che deve essere dimenticato. Qualcosa che deve essere quantomeno valorizzato nello studio e nella prospettiva futura proprio perché apprendere dagli errori significa poi quantomeno evitare di rifarli.

(Catino) Esatto. Voglio ricordare un interessante articolo uscito ormai tanti anni fa, nel 1983, i due autori, un filosofo e un medico, riflettono sull'errore in medicina e ciò che spiegano è che l'apprendimento individuale dell'errore è troppo lento e costoso quindi, non ci può essere un apprendimento solo della persona che sbaglia, ma è necessario un apprendimento collettivo, un apprendimento organizzativo. Affinché questo accada bisogna creare degli spazi di non punibilità altrimenti le persone non segnalano e non discutono. C'è un'esperienza interessante, proprio su questo, che è portata avanti dall'Aeronautica Militare Italiana la quale, a partire dagli anni '90 ha sviluppato una nuova "etica dell'errore". Ho a lungo studiato i piloti militari e, sostanzialmente, i piloti

non sono puniti per gli errori che commettono. Certamente sì per le gravi violazioni, i comportamenti indisciplinati e quant'altro, ma non per gli errori. Questo cambiamento ha favorito nel corso del tempo, a partire dal 1991 un incremento delle segnalazioni che prima erano bassissime 200/300. Oggi siamo ad oltre 2000 ogni anno. Ciò non significa che sono aumentati gli errori, ma che si è ridotta la differenza tra gli errori commessi e segnalati e quel numero oscuro di errori commessi e non segnalati. Grazie a questo si è ridotto fortissimamente la ratio incidentale. Tutte le mattine nelle riunioni prima delle operazioni di volo, i piloti discutono di alcuni eventi avversi accaduti in modo collettivo all'interno del Team. Oltre ad avere sistemi di gestione di Risk Management all'interno del quale ci sono segnalazioni anonime. Questo permette di creare una cultura dell'apprendimento che riduce la probabilità di ricorrenza di questi eventi.

(Lombardi) Ti chiedo un'ultima cosa, come siamo in Italia in Sanità su questo apprendimento della cultura dell'errore come valore? Abbiamo ancora un approccio prevalentemente accusatorio oppure abbiamo già delle banche dati, dei dati statistici, dei piani di rischio che comunque valorizzano l'errore in medicina?

(Catino) La situazione è a macchia di leopardo. Per esempio, in Toscana e in Lombardia ci sono strutture ospedaliere che da molto tempo lavorano su questo tema in maniera seria e altre che magari non lo fanno con la stessa intensità, o addirittura alcune che non lo fanno per nulla. Ho fatto parte, come consulente, della Commissione Parlamentare sugli errori in campo sanitario e lì abbiamo potuto udire i responsabili della Sanità di tutte le regioni italiane e visto una situazione estremamente variegata, soprattutto nel centro sud, dove i problemi di bilancio e di organizzazione erano ancora più importanti, diciamo così, rispetto a questi Problemi. Volevo aggiungere un aspetto sulle conseguenze negative di un approccio accusatorio. Il problema di un approccio accusatorio, volto solo alla colpevolizzazione del personale sanitario, in realtà produce una serie di effetti negativi, cosiddetti perversi. In primo luogo, la crescita del contenzioso, quindi si spende di più per i costi assicurativi, e questi sono soldi che non sono investiti per la sicurezza del paziente perché li stiamo spendendo per il risarcimento del danno eventualmente accaduto. Questo è il primo fattore: l'aumento di costi. Il secondo fattore è la medicina difensiva. L'atteggiamento da parte dell'operatore sanitario, non la sicurezza del paziente, ma la propria sicurezza giuridico formale. Abbiamo condotto delle ricerche in Italia con il prof. Forti e con l'Alta Scuola Federico Stella e altre ricerche condotte con l'Associazione dei Medici di Medicina d'Urgenza che dimostrano come un comportamento della medicina difensiva, estremamente praticato dagli operatori sanitari, sia quella positiva, cioè quella di fare più visite, prescrivere più farmaci o far fare più analisi, ma sia anche quella negativa cioè evitare al paziente procedure a rischio. Un altro effetto perverso è la cosiddetta "seconda vittima" cioè oltre

al danno al paziente abbiamo il personale colpevolizzato, in alcuni casi finisce in un circuito mediatico-giudiziario che certamente non migliora la prestazione sanitaria, perché un medico sotto processo non è certamente un medico che opera in maniera più consapevole. Infine, l'ultimo problema è l'inerzia organizzativa, l'organizzazione non apprende per cui si continua a replicare gli errori. Ecco perché un approccio accusatorio, a prescindere da come uno la pensi, non produce alcun effetto positivo né sul personale sanitario né sull'organizzazione e purtroppo neppure per la sicurezza del paziente.

(Lombardi) Ti ringrazio molto per questo approfondimento chiaro ed esaustivo. Visto che abbiamo parlato di responsabilità chiamo in causa il Prof. Giulio Ponzanelli, ma ovviamente il tema qui si sposta sul piano della Responsabilità Civile. Noi abbiamo raggiunto degli equilibri in tema di responsabilità sanitaria sia attraverso la legge Gelli-Bianco sia anche attraverso la successiva giurisprudenza. Sono sufficienti questi livelli raggiunti o c'è bisogno ancora di uno scudo normativo che offra garanzie?

(Ponzanelli) La responsabilità sanitaria è stato un argomento oggetto di indagini da eccessivi nel senso di riconoscere una tutela eccessiva a favore paziente. È intervenuto il legislatore nel 2012 con il decreto, poi legge, chiamato Balduzzi perché Balduzzi era allora Ministro della Sanità del governo Monti. Il progetto Balduzzi è stato poi completato nella legge Gelli-Bianco del 2017, poi c'è stata la giurisprudenza di San Martino dell'11 novembre 2019. Questo sistema era un sistema che sostanzialmente rispettava la giurisprudenza e cioè voi giurisprudenza vi siete portati un po' troppo avanti con la tutela del paziente e correggere quelli che potevano essere considerati dei veri e propri eccessi giurisprudenziali. La legge Gelli-Bianco è extracontrattuale, molto discutibile il riferimento alla responsabilità extracontrattuale del medico persona fisica professionista intellettuale che agisca all'interno della struttura ospedaliera, però Gelli Bianco, che sono due medici, nel loro foro interno volevano proprio quasi del tutto eliminare la responsabilità extracontrattuale del paziente, cioè è la Struttura che deve rispondere degli errori, anche se l'errore viene commesso poi dal singolo medico. Si parla di "canalizzazione della responsabilità" in capo alla struttura. Non si poteva però sostanzialmente eliminare la possibile confligente responsabilità extracontrattuale del professionista medico per un problema di principio di uguaglianza e di deroga all'articolo 3 della Costituzione. Arriva la pandemia. Lo dico subito. Non c'è bisogno dello "scudo" per proteggere i medici, persone fisiche professionisti intellettuali. Non c'è bisogno per ragioni giuridiche, perché io pregiudizialmente sono contrario agli scudi, sono contrario alle norme ad personam, che possono essere giustificate da interessi pubblici, ma non c'è bisogno in questi casi, perché la norma civilistica di riferimento che il 2236 non si applichi per colpa grave perché la pandemia è stato un evento così forte così imprevedibile, non c'erano linee guida, non

c'erano protocolli. Non essendoci protocolli è impossibile misurare la negligenza della persona fisica, non c'è bisogno di uno scudo per i medici. Detto questo esiste, può esistere una responsabilità della struttura sanitaria per i danni causati da questa pandemia? Ci sarà una pandemia giuridica dopo che c'è stata una pandemia sanitaria?

(Lombardi) Sono molto interessanti le riflessioni che fai, anche quelle terminologiche. Noi abbiamo usato per i medici termini come "eroi" e "sono sul fronte", una terminologia bellica. Si diceva che quello che dovevamo fronteggiare era davvero un nemico da combattere. Ora, dalle riflessioni che tu fai, mi viene da chiederti quali potrebbero essere le ipotesi più frequenti di responsabilità?

(Ponzanelli) Questo è un ottimo quesito. A maggio mi sono divertito a fare un piccolo saggio che è stato pubblicato in una rivista on-line "giustizia-civile.com" il cui direttore è Giuseppe Conte Primo Ministro. In questo saggio del 19 maggio io individuavo possibili ipotesi di un contenzioso nei confronti della struttura e non nei confronti dei Medici. Certo, se c'è un medico sciagurato che ha commesso colpa grave per un trattamento sanitario non credo che bisogna proteggerlo. Ma non è quello il problema. Tante sono state le denunce fatte nei confronti delle RSA perché hanno commesso degli errori clamorosi forse ingiustificabili, e credo che ci sarà sicuramente un floodgate nei confronti della RSA e di tutti i malati ordinari a cui è stata preclusa per un lunghissimo periodo di tempo l'accesso a quelle che erano le loro cure perché gli ospedali si erano trasformati, a torto o ragione, in ospedali covid. E quindi avevano tutta una serie di trattamenti sanitari preventivi che non hanno potuto fare. Ci sarà sicuramente un floodgate perché la situazione di marzo, aprile, maggio è stata disastrosa. E poi c'è un problema interessantissimo, in alcune decisioni c'è una responsabilità della struttura sanitaria per carenza organizzativa. Il fatto che c'erano così pochi posti letto rispetto a Germania e Francia, poi si è corso e sono stati creati ospedali in 15 giorni che sono vuoti perché tanto ormai fortunatamente il flusso della terapia intensiva era scemato. Ci può essere una responsabilità della struttura sanitaria? La struttura sanitaria era in grado a gennaio di rendersi conto di cosa stava arrivando e poteva mettere in azione un piano organizzativo per contenere e/o limitare la frequenza dei sinistri? È un problema di grandissimo rilievo pratico. Sono preoccupato, non tanto per i casi di responsabilità che ci saranno, quanto perché il sistema Gelli / Bianco è un sistema non completo soprattutto sotto il profilo dell'assicurazione. Ammesso che ci saranno un certo numero di cause di responsabilità sanitaria, le strutture sanitarie avranno i mezzi finanziari per fare fronte alle domande risarcitorie? Voi sapete che il sistema di assicurazione è obbligatorio ma non obbliga l'impresa assicuratrice. Le strutture sanitarie regionali hanno optato per un sistema di autoassicurazione, che è un sistema pericolosissimo perché significa che la struttura sanitaria cambia mestiere, diventa lei assicurativa, deve fare lei le riserve, deve stimare

lei i sinistri, deve fare lei le riserve tecniche... e questo è preoccupante perché se ci sarà un risarcimento, questo risarcimento rischia di essere insoddisfatto.

(Lombardi) Quindi se ho capito bene, e dimmi se sbaglio, anche per le imprese assicurative il mercato della sanità non è un mercato conveniente dal loro punto di vista, le assicurazioni non trovano convenienza nel prestare le assicurazioni alle strutture sanitarie.

(Ponzanelli) Oggi c'è solo un player assicurativo che assicura tutte le strutture sanitarie, non italiano, perché le imprese assicurative italiane non lo ritengono conveniente se non a premi assicurativi così elevati che sarebbero difficilmente sostenibili della struttura. Con il risultato che si fa la sua "autoassicurazione". Gelli e Bianco, che sono due medici, durante la gestazione della loro legge avevano chiamato al tavolo ministeriale l'associazione di categoria ANIA chiedendo di mettere un obbligo assicurativo anche a carico loro, come è successo nella circolazione delle auto. Le compagnie assicurative, chiamate al tavolo ministeriale, hanno detto di non essere d'accordo e, se avessero stabilito quest'obbligo, sarebbero andate alla Corte di Giustizia per violazione di un principio di diritto comunitario che è la libertà di prestazione di servizi, che sarebbe chiaramente compromessa da tutte queste forme di obbligo bilaterale.

(Lombardi) Un'ultima riflessione, sulla base delle cose che dicevi pensi che sia possibile, utile, conveniente, sul modello di quelli che sono stati delinquenti dalla legge 210 del '92?

(Ponzanelli) Può accadere che si verifichi una tale esplosione di casi di responsabilità della struttura sanitaria che il sistema diventa insostenibile. Allora il decisore politico decide di introdurre dei piani, che nelle esperienze internazionali vengono chiamati no-fault cioè "si prescinde dalla colpa". Per esempio, succede un cataclisma e io sto a disposizione di tutti coloro che hanno avuto un danno, un pregiudizio da questo cataclisma, una somma di denaro. Attenzione, non è un risarcimento, non può determinare una riparazione del danno perché se no ricadremmo nel sistema che è diventato insostenibile, ma un indennizzo un ristoro. Questa somma è data dallo stato ed è finanziata con tasse, solo fra un po' di tempo si potrà immaginare, quando avremo un censimento completo, di tutte le conseguenze pregiudizievoli. Nel '92 c'erano tre settori di grande contenzioso collettivo per i danni da vaccinazioni obbligatorie, da emoderivati e da HIV sangue infetto. In fretta e furia il legislatore emanò una bruttissima legge, la 210, andata alla Corte Costituzionale almeno una decina di volte, in cui ha dato a favore di questi soggetti una somma di denaro calcolato in modo veramente poco razionale. Però ha un costo e si finanzia con le tasse, lo può fare solo il legislatore e non il singolo giudice e naturalmente questo comporta un grande costo per la collettività.

(Lombardi) Ti ringrazio per questi importanti spunti di riflessione che aprono degli scenari nuovi e ci fanno riflettere su come questa materia così importante abbia ancora molte strade da percorrere. Ci manca ancora il punto di vista del penalista, siamo partiti dai contesti di sociologia organizzativa, abbiamo sondato gli ambiti della responsabilità civile, e chiedo allora al professor Gabrio Forti come penalista un quadro di riferimento circa la valutazione complessiva di queste recenti riforme in materia di responsabilità penale degli esercenti le professioni sanitarie. Ritieni che si possa parlare di un trattamento privilegiato della professione medica, rispetto alle altre professioni che sono esposte agli addebiti di colpa, oppure no anche alla luce di tutto quanto emerso in questo colloquio di questa mattina?

(Forti) Qui è presente Maurizio Catino con cui nel 2010 abbiamo condotto una ricerca che è sfociata in una proposta legge, anche se non ha trovato poi grandissimo riscontro nella riforma della "Gelli-Bianco". La nostra proposta era legata anche all'esigenza di fronteggiare il contenzioso legato al rischio clinico. Quindi, grazie anche all'ispirazione di Maurizio Catino, ci ponemmo appunto il dubbio di quanto il rischio fosse da affrontare in termini sistemici, cioè quanto fosse impossibile prescindere dai fattori organizzativi che influiscono sull'errore medico. Per rispondere alla domanda che ci ponemmo anche noi, si parlava già all'epoca di rischio di privilegio odioso e ricordo che nella fase di preparazione del nostro progetto venimmo avvicinati da varie categorie a cominciare dai controllori di volo che, sapendo che ci stavamo occupando di questa problematica dei medici, ritenevano di dover a loro volta poter beneficiare di una sorta di "limite della colpa grave" in quanto a loro volta si poteva applicare l'art. 2236 del codice civile. Da allora il dibattito non si è mai esaurito sulla legittimazione di un trattamento e differenziale in termini di imputazione penale nei confronti dei medici e anche studiosi molto significativi non hanno necessariamente adottato la prospettiva secondo cui si trattava di un privilegio odioso. Il discorso è aperto. Personalmente ritengo che un trattamento differenziato nei confronti della professione medica non vada contro i principi costituzionali, abbia una sua legittimazione. Quando insieme a Maurizio Catino e ad altri colleghi penalisti studiammo il problema, anche nella relazione di accompagnamento fummo abbastanza propensi a riflettere nella direzione di una delimitazione generalizzata della responsabilità di demarcazione fra la negligence e la criminal negligence. I processi per criminal negligence nei confronti di medici negli Stati Uniti sono rarissimi e molto più frequenti i processi per negligence, quindi di natura civilistica che chiede un risarcimento del danno. Personalmente con altri colleghi penalisti riteniamo che il limite alla colpa grave non sarebbe azzardato generalizzarlo in materia penale ad altre categorie. Detto questo, in merito alla valutazione della riforma Gelli-Bianco, il ricorso sarebbe molto lungo nel senso che spesso le riforme prima di essere giudicate dovrebbero passare attraverso le prime applicazioni giurisprudenziali

che fanno un po' da cartina di tornasole delle luci e delle ombre delle riforme stesse. A me pare indicativa la sentenza delle Sezioni Unite della Cassazione la cosiddetta "Mariotti" che ha almeno, medio tempore, chiuso un dibattito esternamente acceso nella stessa Cassazione cercando di metterci una pezza. Nel senso che è già indicativo che la sentenza delle Sezioni Unite abbia dovuto arrampicarsi sui vetri sul piano ermeneutico per fare, quella che ritengo una sorta di plastica facciale alla riforma Gelli-Bianco, mi riferisco in particolare alla norma che ha introdotto questa sorta di statuto speciale di natura penale nei confronti dei medici e arrivando delle conclusioni abbastanza logiche e razionali ma che, a mio giudizio, non sono strettamente ricavabili dal testo del 590 comma due, perché si è affermato che nella Cassazione a Sezioni Unite in caso di negligenza e imprudenza non professionali, quindi non per imperizia, si applicano l'articolo 43, 589 e 590 del Codice Penale e invece si introduce il limite sostanzialmente da colpa grave per le situazioni caratterizzate da imperizia. Peraltro, questa delimitazione non applicabile in caso di prestazione svolta in difetto di linee guida accreditate ovvero in mancanza di queste di nuove prassi clinico assistenziali, nonché quando l'errore accada da una scelta delle stesse e quindi, alla fine, questo limite di limitare la colpa grave risulterebbe, secondo le Sezioni Unite, soltanto applicabile all'errore riguardante la esecuzione delle linee guida o delle buone pratiche cliniche. Questa prospettiva è chiaro che segnala che c'è qualche cosa che non funziona nella formulazione della legge perché appunto quando si producono sentenze indubbiamente intelligenti, indubbiamente molto pensate ma che sono additive, integrative non a caso, nella prima parte della sentenza, si richiama una sorta di libertà ermeneutica del diritto vivente ispirata dalla costituzione che può andare oltre alla lettera della legge, quindi capite bene che la categoria dei penalisti sempre molto attenti alla lettera, alla determinatezza è un po' saltato sulla sedia. Visto che si parla di iconologia e iconografia della medicina, beh io direi che il medico deve dotarsi della capacità di ascolto e quindi deve dotarsi di una competenza narrativa per completare la sua attività professionale, per integrare l'evidence based medicine, ma forse dovrebbe farlo anche il legislatore. Quando costruisci una norma dovresti dare prova di quella capacità di ascolto dei soggetti che sono coinvolti, di ascolto delle storie e della realtà. Altro problema molto serio che abbiamo additato da anni questo aggrancio, come aveva già fatto il cosiddetto decreto Balduzzi, alle linee guida, che emerge anche nella sentenza Sezioni Unite. C'è, a mio giudizio, una confusione, una sovrapposizione impropria fra il concetto di regole cautelari. Si capisce benissimo che sia un elemento di ambiguità. È chiaro che nel momento in cui la legge Gelli-Bianco 590sexies pone l'osservanza o la non osservanza, l'esistenza o non esistenza di linee guida, pratiche cliniche accreditate come parametro di valutazione della colpa, finisce per assimilare due categorie che la teoria della colpa anche nelle produzioni scientifiche più recenti ha tenuto sempre ben separate. Ci possono essere sovrapposizioni

tra linee guida e regole cautelari, ma i due concetti sono diversi, hanno scopi diversi perché le linee guida sono indirizzate alla cura, quindi possiamo dire al benessere del paziente. La regola cautelare tecnicamente è una regola che serve a prevenire la produzione di eventi dannosi. Se ci pensate le due cose non sono la stessa cosa e quindi io stesso ho azzardato un'interpretazione additiva proprio di questo ricorso alle linee guida validate, e se parliamo con i medici legali o i sanitari, ci dicono che per validare una linea guida ci vogliono anni di lavoro. L'organo che se ne occupa, il Ministero, mi risulta ne abbia validati due poi, immaginatevi in tutti i campi della medicina quanto tempo ci vorrebbe per accreditare tutte le linee guida pertinenti, e poi probabilmente quando questo tempo si sarà diciamo esaurito queste linee guida saranno ormai obsolete.

(Lombardi) Grazie, Noi abbiamo parlato prima anche di medicina difensiva poi tu hai introdotto un altro tipo di medicina che in fondo può essere considerato l'esatto opposto e cioè la medicina narrativa. Secondo te questa prospettiva può influenzare l'interpretazione del diritto positivo, in riferimento ovviamente alla legge Gelli-Bianco, anche nel rapporto medico-paziente sui profili di responsabilità?

(Forti) Nella medicina narrativa si combinano due elementi caratteristici della narrativa e della letteratura che sono: l'attenzione alla soggettività singolare cioè, per equilibrare la necessaria visione generalista e statistica della Scienza, e poi la comprensione del paziente come portatore di una storia che si sviluppa che non può esaurirsi nella patologia di cui è portatore e coinvolge la persona intera. E qui c'è tutto il bagaglio della narratologia, come è stato scritto "il narrare costituisce un aspetto fondamentale e naturale della soggettività umana". Visto che cito un testo di cosiddetta narratologia, la natura umana stessa presenta le caratteristiche dello svolgimento narrativo per poter dare un senso a noi stessi e quella di affermare le nostre vite all'interno di una relazione. Quindi comprenderci come una storia che progressivamente si sviluppa. Un inciso, la risposta accusatoria è una risposta intrinsecamente denarrativizzante anche per quelli che sono i lati apprezzabili del diritto penale. La responsabilità penale per il fatto è uno dei principi fondamentali del diritto penale però questo principio, che serve a preservare da un giudizio che coinvolga il soggetto la cosiddetta "responsabilità d'autore" ha anche la caratteristica di fissare in quel fatto che è stato realizzato, il giudizio. Nonostante poi il giudice abbia la possibilità di ricostruire la storia in sede di commisurazione della pena, in realtà tutto il focus dell'attenzione si concentra su quel fatto e necessariamente spezza la continuità delle storie delle persone facendo guardare al futuro e al passato alla luce di quel fatto. Il che è necessariamente un sacrificio del percorso continuo dello svolgimento narrativo che è in ogni persona. Come pure fanno, coloro che si occupano di questi temi, uno dei riflessi più deleteri di questa attitudine denarrativizzante della risposta penale è la tendenza a vedere ciò

che è accaduto come se fosse prevedibile ciò che è accaduto, il cosiddetto "senno di poi" che è una come di distorsione cognitiva in cui cadono con estrema frequenza i giudicanti. Come dire, siccome è accaduto il disastro tanto più grave è stato l'errore medico, quanto più mi ha impressionato, tanto più devo ritenere che chi ne è responsabile poteva prevederlo. Capite che il concetto di prevedibilità è uno dei pilastri su cui si regge la teoria della colpa e l'accertamento dell'imputazione colposa sicché, se si arriva a questa conclusione, si rischia anche di cadere in una sorta di responsabilità oggettiva. È anche uno dei fattori che rischiano e hanno rischiato di minare fortemente il senso complessivo del decreto legislativo 231 del 2001 in materia di responsabilità delle persone giuridiche perché, nel momento in cui ti servi questo strumento, che secondo me è molto promettente, dando per scontato che una volta che si è verificato l'incidente, siamo una struttura sanitaria privata, che abbia al suo interno dei medici che abbiano commesso degli errori, nel momento in cui questa viene chiamata a rispondere porterà a dire che necessariamente quel modello di organizzazione e gestione che era stato adottato era deficitario, non adeguato perché l'evento è successo; quando in realtà anche il miglior modello di organizzazione non è in grado di garantire totalmente la prevenzione degli illeciti presupposto del 231. Sulla seconda parte della domanda, cioè se questa visione narrativa può influenzare anche sul piano dell'interpretazione: direi che siamo all'inizio, siamo in una fase di esplorazione che riguarda appunto l'affinamento degli strumenti esegetici. Intanto già l'attenzione ai fattori organizzativi, cioè alla visione più complessa degli elementi che possono avere influito sull'errore medico, è già un modo per valorizzare la storia. È chiaro che un medico opera, sviluppa la sua carriera, le sue attività all'interno di una struttura e quindi la sua storia è la storia della struttura. Pensiamo a questo concetto bellissimo che si legge nel libro di Maurizio Catino "capire le organizzazioni" un manuale di scienze dell'organizzazione che parla di sensemaking, questa dotazione di senso. Che poi a mio giudizio, non so se mi segue su questa linea Maurizio, va molto vicino al concetto di cultura di impresa. Nel senso che la cultura d'impresa è come il sensemaking di un'organizzazione, è una sorta di filtro, di lente, attraverso la quale poi chi opera all'interno di questa organizzazione vede la realtà. Dunque può capitare che in questa attribuzione di sensi fa sì che in buona fede chi vi opera non veda aspetti in realtà che altri vedono perché appunto c'è lo schermo dell'organizzazione. Ricordo sempre, lo dico nelle mie lezioni, quello che accade con il caso Ford Pinto, un'automobile prodotta negli anni 60 che aveva il brutto difetto di esplodere se veniva tamponata perché aveva un difetto del serbatoio. Alcuni dirigenti della Ford, pur consapevoli di questo difetto, andavano in giro con questa automobile con figli e moglie perché si erano convinti, per la cultura d'impresa, che quel difetto non fosse significativo, cioè erano stati schermati da quello che era la cultura che avevano assorbito all'interno dell'organizzazione. Quindi direi, nel campo di cui ci stiamo occupan-

do, l'applicazione di una visuale narrativa per la responsabilità medico-chirurgica, oltre che indurre a una visione organizzativa dell'errore medico, deve anche indurre a cogliere nel significato delle linee guida richiamate dal 590 sexies introdotto dalla legge Bianco il fatto che, aderendo alle linee guida, il sanitario in realtà si sta proiettando verso una dimensione di cura, di terapia per il bene del paziente ed è questa proiezione che lo colloca in una dimensione, che noi penalisti chiameremo di rischio consentito, cioè una situazione nella quale una prospettiva nella quale non si può applicare all'errore medico lo stesso metro che si applica in altre condizioni, perché il medico è entrato in una sorta di canalizzazione che fa di quell'atto medico un atto che tollera un rischio superiore rispetto a quello che può essere accettato in altre attività, anche in altre attività nelle quali è presente la necessità di risolvere problemi di speciale difficoltà secondo quello che dice la 2236. Questo, secondo me, è un modo per cogliere in senso narrativo la posizione del medico. Ed è anche un tipo di risposta a una domanda che, specialmente i medici chirurghi, avanzano. Già allora avrebbero voluto che ci fosse una definizione normativa dell'atto medico. Tanto è vero che nel nostro progetto definimmo l'atto medico. Perché questa aspirazione alla definizione dell'atto medico da parte della categoria dei sanitari? Perché continuavano a ripetere "noi non tolleriamo culturalmente che l'intervento medico, specialmente quello chirurgico, venga inteso come un fatto tipico dal punto di vista penale, una lesione, perché questo significa che noi inizialmente abbiamo commesso un fatto di reato". È un ragionamento che abbiamo sentito ripetutamente da parte di medici, che a volte si improvvisavano giuristi, ma che comunque coglievano questa distinzione, una sorta di trattamento non equo nei confronti della categoria. Nella Gelli-Bianco questa lettura narrativa delle linee guida io la proporrei proprio per cogliervi una sorta di implicita definizione dell'atto medico come qualche cosa, conforme anche al significato che all'atto medico attribuisce il codice di deontologia medica, che pone il medico in una posizione diversa che non è quella di colui che produce delle lesioni e viene semplicemente discriminato perché non sussiste l'antigiuridicità pur sussistendo la giuridicità, usando il lessico dei penalisti.

(Lombardi) Un'ultima domanda. Siccome in tutti gli interventi in qualche modo sono state chiamate in causa le strutture sanitarie mi chiedo, dal punto di vista del diritto penale, qual è il rapporto tra la responsabilità del medico e la responsabilità della struttura sanitaria.

(Forti) È il tema fondamentale e anche l'emergenza covid ha ripetutamente sollecitato questo interrogativo. È stata l'ennesima dimostrazione di quanto sia ingiusto scaricare sulla responsabilità individuale del medico tutta una serie di disfunzioni organizzative e sistemiche di cui il medico sconta le conseguenze. Nell'intervento di Ponzanelli c'era anche un riferimento a questo scritto di Calabresi sulla problematica delle scelte tragiche che devono essere fatte nel triage. Segnalo da

questo punto di vista che è in corso una riflessione a seguito dei criteri di triage elaborati dalla SIAARTI (società italiana degli anestesisti) che ha suscitato reazioni molto accese, specialmente da parte del comitato di bioetica e questa riflessione vorrebbe lavorare a dei criteri di triage nella malaugurata ipotesi in cui le nostre strutture sanitarie si potessero ritrovare alla situazione della primavera scorsa. Giulio faceva riferimento al criterio dell'età. Ahimè è un criterio che è stato esposto nella criteriologia della SIAARTI. Ha suscitato reazioni negative da parte dei comitati di bioetica, non è l'unico criterio che può essere applicato. Anzi, questo è un criterio evidentemente discriminatorio. Semmai è più fondato il criterio della probabilità di successo della terapia. Addirittura abbiamo sentito dire che ci sono dei centri universitari che elaborato una sorta di algoritmo attraverso il quale si può prevedere qual è la chance di successo delle terapie di chi si è affetto da covid. È evidente che nel momento in cui venisse validata, perché questa ricerca è commissionata dall'Istituto Superiore Sanità, tutti questi criteri difficilmente sarebbero applicati anche in sede giudiziaria ai fini di una responsabilità o penale individuale o dell'organizzazione. Questa era una premessa che riguardava il riferimento molto importante che ha fatto Giulio Ponzanelli ai criteri di triage. Sulla domanda di Roberta, domanda fondamentale, rispetto alla quale ho in corso con il mio allievo Matteo Caputo una riflessione molto serrata su cui ci siamo confrontati ripetutamente. Tocco solo due punti per estrema sintesi. Il primo punto riguarda la proposta che è in discussione di estendere il decreto legislativo 231, in particolare l'articolo 1, anche agli enti pubblici, ovviamente gli enti pubblici sanitari. Ci sono una serie di elementi che sembrerebbero spingere in questa direzione, la conclusione a cui arriva Matteo Caputo, che mi sentirei di condividere, è che c'è già un eccesso di risposte sanzionatorie, civilistiche... nei confronti delle strutture sanitarie e non è il caso in questo momento di aggravare ulteriormente la situazione pure con una estensione della 231. Anche se, dal punto di vista logico e anche tecnico l'esperienza del 231, che come dicevo è stata di grande importanza per la formazione e la crescita della sensibilità e della competenza anche in campo penale, non può andare perso nel riflettere su questi punti. In altri termini, il ragionamento in merito all'adeguatezza di modelli di gestione e organizzazione di un ente pubblico sanitario, pur non soggetto alla 231, deve essere ben sfruttata sui piani amministrativo, civile, organizzativo e disciplinare. Questo in estrema sintesi, ovviamente il discorso dovrebbe essere molto più articolato perché ci sono anche argomenti che vanno a favore di una possibilità di estensione della 231. La seconda cosa che vorrei dire è che, riflettendo con Matteo Caputo sul rapporto fra responsabilità penale individuale e responsabilità dell'ente, abbiamo elaborato una nuova proposta di riforma in materia di responsabilità penale dell'esercente una professione sanitaria che fra l'altro sarà ratificata dall'Associazione dei Professori di Diritto Penale Italiano. È una proposta nella quale, discostandoci dalle scelte della Gelli/Bianco, abbiamo identificato alcuni punti qualificanti tenendo con-

to proprio di quella costante empirica costituita dagli errori in sanità. Quindi abbiamo pensato che la responsabilità medico-chirurgica del personale sanitario dovesse essere riservata soltanto alle ipotesi di colpa grave, che noi nella proposta del 2010 definiremmo come significativo discostamento dalle regole cautelari non in termini soggettivi ma in termini oggettivi. Ma con un'avvertenza, Matteo ha formulato questa ipotesi normativa: "la colpa grave del medico è esclusa se la causazione dell'evento è stata determinata da una grave carenza organizzativa" e ci si è anche addentrati nella definizione di "grave carenza organizzativa" cioè "è grave quando l'ente, nel quale svolgere l'attività sanitaria, non ha adottato ed efficacemente attuato modelli di organizzazione finalizzati alla prevenzione e gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie idonee a prevenire eventi del tipo di quello verificatosi e ha creato un rischio incompatibile con l'osservanza di un livello elevato di sicurezza delle cure". Se facciamo questa formulazione in fondo andiamo nella direzione di estensione della 231 a tutti gli enti sanitari e non solo a quelli privati. La replica di Matteo Caputo è stata "non necessariamente", nel senso che questa attribuzione di rilievo ai modelli di organizzazione può anche prescindere da un costrutto della 231 e può benissimo essere considerata ad altri livelli amministrativo, disciplinare, civilistico ecc. Quindi abbiamo cercato di trovare un equilibrio fra risposta penale individuale, risposta penale o comunque risposta di responsabilità sanzionatoria, soprattutto perché ritenevamo giusto che non si facesse gravare sul singolo un errore che in realtà spesso ha molteplici fattori. Maurizio Catino spesso ci ha fatto l'esempio dello scambio dei farmaci. Se non vengono seguiti determinati protocolli nella differenziazione delle etichette dei farmaci statisticamente l'errore si ripeterà e quindi non è un errore che possa essere imputato prevalentemente al soggetto che lo commette perché c'è un difetto all'origine. L'esempio che fa Matteo Caputo è il seguente: un medico che omette di comunicare un guasto del macchinario alla direzione sanitaria impedendole quindi di provvedere alla manutenzione, con conseguente morte del paziente sottoposto a trattamento. La mancata segnalazione del guasto da parte del medico, lo espone a un rimprovero per colpa grave lasciando indenne la struttura. Ipotesi A. Ove però il guasto dipenda da un modello di organizzazione che non consenta il tempestivo rilevamento dei disservizi, e ad esempio abbia trascurato di prevedere che per i medici sussista l'obbligo di tempestiva segnalazione, la colpa grave del medico sarebbe da escludere, senza peraltro sottrarre altri tipi di responsabilità. Ma l'attenzione e dovrebbe rivolgersi alla struttura sanitaria. È un po' un esempio parallelo a quello che ho fatto prima dello scambio delle etichette.

(Lombardi) Grazie, devo dire che non conosco bene la legge 231 come la può conoscere un penalista, però mi chiedevo la responsabilità penale della struttura sorge solo contestualmente anche a una responsabilità del soggetto persona fisica, cioè noi non abbiamo comunque la possibilità di

individuare una responsabilità penale della struttura che non sia in qualche modo collegata anche alla responsabilità penale del medico. È corretto?

(Forti) Questo fa sì che la maggior parte di noi penalisti dicano che non è una vera colpa di organizzazione, perché l'articolo della 231 dice che si può anche prescindere dall'individuazione della persona fisica che ha commesso il reato. Però questo non vale a rendere una genuina colpa di organizzazione. In questo contesto sanitario, questa caratteristica che tu sottolinei, ha un grosso inconveniente perché per affermare la responsabilità penale è necessario, innanzitutto sul piano oggettivo, accertare il nesso di causalità e quindi si tratta di entrare in un percorso probatorio estremamente difficile anche nel campo sanitario. Giulio faceva l'esempio di chi non ha ricevuto cure perché i reparti erano diventati covid. Quindi se poi te ne torni a casa non è così semplice stabilire che se fosse stato ricoverato in quel certo giorno l'evento non si sarebbe verificato; perché sappiamo che l'accertamento del nesso di causalità è fondato sul procedimento di eliminazione mentale la "condicio sine qua non" e quindi oltre ogni ragionevole dubbio stabilire che senza quella condotta l'evento non si sarebbe verificato. E questo è già un esempio forse più trasparente di altri, ma nel momento in cui sul piano della causalità individuale si incontrano tutte queste difficoltà e l'accertamento della causalità individuale, condizione per l'affermazione di penale individuale, e questa era tutta individuale e a sua volta condizione per coinvolgere la persona giuridica, si blocca tutto il processo. Quindi alla fine non si arriva nemmeno ad accertare una responsabilità dell'ente. Questo sulla base di tutto quell'apparato di garanzie o supergaranzia che presidia il penale. È chiaro che però tutto questo non toglie che si possono trarre delle conclusioni ad altri livelli di responsabilità che non sono così rigidi nel richiedere "l'oltre ragionevole dubbio".

Oltre al fatto che la 231, secondo me, potrebbe comunque in qualche modo costringere le strutture sanitarie a far propria tutta quella valutazione dell'errore di cui ci parlava Maurizio Catino perché attraverso il modello organizzativo di gestione si evidenziano delle buone prassi che possono tenere conto degli errori pregressi e quindi può essere vista anche proprio come modello di prevenzione per evitare di cadere nella commissione di determinati reati?.

Questi sono quelli che, in un saggio di qualche anno, fa chiamavo i piani nobili del decreto legislativo 231 per intendere quegli aspetti che, al di là di tutte le difficoltà e le critiche che il 231 ha attirato, dovrebbero essere valorizzati non solo sul piano della prevenzione degli illeciti ma anche sul miglioramento del management, dell'organizzazione aziendale, della governance; perché le migliori imprese non sono quelle che hanno smaltito la 231 in termini burocratici riempiendo scartoffie e mettendole in un armadio, ma sono quelle che hanno tratto l'occasione per un rinnovamento della loro governance. Quindi, da quel punto di vista, ci sono dei lati estremamente pregevoli che peraltro, quella distorsione cognitiva di cui parlavo della magistratura che lo applica, rischiava di

vanificare perché, con quel tipo di logica che legge il 231 soltanto in termini sanzionatori, va perso tutto il patrimonio preventivo e migliorativo dell'organizzazione dell'impresa o dell'ente che invece il 231 potrebbe promuovere.

(Ponzanelli) Quale è la tua sensazione sui rapporti tra giustizia civile e giustizia penale in materia di responsabilità medica. Se tu o anche Maurizio Catino se avete dei dati al riguardo. Io ho sempre questo dubbio: su 100 casi quanti vanno in civile e quanti invece si attivano con denunce o querele. Ritengo che su 100 sia molto più alto il numero dei pazienti, degli eredi dei pazienti, di coloro che reclamano un danno, che cercano un risarcimento più che l'affermazione di una responsabilità penale, che chiaramente poi è personale del singolo medico. Ecco, come vedi i rapporti tra giustizia civile e penale.

(Forti) Sono d'accordissimo su tutto quello che hai detto. Il paziente, parte lesa, ha da dire inizialmente la giustizia penale per una ragione molto semplice: se tu fai una denuncia penale almeno una parte del lavoro peritale è a carico dello stato, perché intanto il pubblico ministero nomina un consulente tecnico. Quindi anche se non si arrivasse al rinvio a giudizio si ha comunque un documento che spesso, come abbiamo potuto constatare, quand'anche l'ha predisposto il consulente tecnico del pubblico ministero, che quindi è consulente di parte, poi il giudice tende a esserne condizionato. Tanto è vero che nella nostra proposta avevamo notevolmente elevato, intervenendo anche sulle norme processuali anche attuative, lo standard di scelta del consulente tecnico del Pubblico Ministero e del perito del giudice. Tra l'altro mi dicono, che questa innovazione della Gelli-Bianco ha prodotto una deflazione dei procedimenti penali, nel senso che il costo di queste consulenze tecniche da parte dell'erario ha suscitato come controreazione una maggiore cautela nell'asseverare denunce a volte un po' pretestuose da parte dei pazienti. Quindi agire sulla consulenza tecnica e sulla perizia sta avendo un effettivo nella deflazione penalistica. Quanto ai dati statici, quelli che risultano a me, è che pochissime sono le condanne penali definitive mentre sono non così poche quelle civili. Il problema però, come sanno bene i medici, è che il penale fa un enorme paura e, come sappiamo, la pena sta già nel processo. Quindi se passano 5 anni prima che si arrivi alla soluzione definitiva in Cassazione, quei cinque anni il medico li ha vissuti malissimo. Quindi è più terrorizzato da quei 5 anni di graticola penale, che non a volte da un risarcimento civile. Quando in sede di commissione Alpa qualcuno ha detto che si stava ingigantendo il problema perché nel penale, se andiamo a vedere le statistiche, alla fine del percorso i condannati si contano sulle dita di due mani, certo, d'accordo, ma quante mani ci vogliono per contare quelli che prima di arrivare all'assoluzione sono rimasti sulla graticola e spesso gli viene l'esaurimento nervoso, vengono demotivati e non sentono più il riconoscimento sociale. Hanno dei danni devastanti questi procedimenti. Quindi ripeto la riforma sulla perizia e la consulenza techni-

ca, almeno quel risultato lo hanno dato, oltre che migliorare la qualità dell'accertamento giudiziale. Volevo solo aggiungere Maurizio, che difendo spesso medici convenuti in sede civile e devo dirti che la notifica dell'atto di citazione fa malissimo. Dati non recentissimi stimano che oltre il 95% dei processi penali si risolve a favore del medico.

(Catino) Il tenere, in alcuni casi, per anni il personale sanitario, medici ma anche il personale infermieristico, in vicende di questo tipo, produce una depressione individuale, quindi organizzativa, elevatissima i cui costi sono tutti a carico del paziente perché il personale sanitario sotto processo non è un personale sanitario che opera in una maniera più consapevole e più lontana dagli errori, anzi si creano atteggiamenti difensivi in cui le persone, per esempio, smettono di cooperare. Ovviamente se tutti facessero così immaginate le conseguenze nel funzionamento di un'organizzazione. Alcuni anni fa si stimava che hai maggiore probabilità di incorrere di finire nelle aule di Giustizia se eserciti la professione medico-chirurgica piuttosto che altre professioni e la conseguenza è quella che ci raccontava l'allora segretario della Società Italiana di Chirurgia che diceva che il laureato in medicina magari sceglie quelle professioni a minor rischio, ma non rischio per i pazienti ma rischio di procedimenti penali e civili. Volevo fare tre rapidissime considerazioni. Il primo è che l'errore è inevitabile e perfino chi giudica sbaglia. Ricordo sempre la sentenza di primo grado del processo per il disastro di Linate. I giudici si riuniscono in camera di consiglio per scrivere la cosiddetta sentenza, che è un documento di una pagina, in cui si dice se Tizio Caio o Sempronio, rispetto agli articoli che gli sono stati contestati, sono innocenti o colpevoli. Se colpevoli, qual è la sanzione; quindi, una paginetta. Bene, si uniscono e dopo otto ore escono e leggono questo documento e commettono un errore. Avevano comminato l'interdizione perpetua dai pubblici uffici e non semplicemente l'interdizione per la durata della pena. Quindi è un errore che non si poteva fare, un errore banalissimo. La cosa che mi colpì è che tre magistrati avevano commesso un errore banale di conoscenza pur lavorando un contesto certamente ottimale e senza vincoli di tempo particolari. Eppure, le stesse persone stavano comminando oltre 6 anni di prigione al controllore di volo che, in una situazione in cui aveva 13 aerei 111 comunicazioni in 15 minuti, quindi con una distanza tra comunicazione e la successiva di 1/2 secondi, in una situazione di assenza del radar e senza una segnaletica adeguata, quindi in un contesto terribile dal punto di vista operativo il controllore aveva sbagliato a capire la posizione di un aereo. Ecco, questa cosa mi ha sempre molto colpito come poi, chi giudica, disegna un mondo ideale che non appartiene alla realtà. Secondo, è importante comprendere che i medici imparano su di noi non c'è alternativa. Noi vorremmo anche nel caso di un'estrazione di un dente il luminare della scienza. Ma non è così e purtroppo i medici imparano su di noi. È stato dimostrato che quando si introduce per esempio un nuovo defibrillatore, una nuova tecnologia, le prestazioni per i primi che incapperanno in questa prestazione

non sono così adeguate ed efficaci come con lo strumento precedente, e quando passi da una tecnologia ad un'altra c'è un momento di apprendimento e imparano su di noi. Bisogna accompagnare certamente questo processo dal punto di vista organizzativo con tutte le cautele del caso, ma è una caratteristica della professione e non puoi farci nulla. Terzo, la medicina può garantire il processo non il risultato. Lo standard di processo non può assicurare risultato, e questo è un limite e ci porta a una considerazione: che non possiamo delegare la soluzione di problemi complessi alle aule di giustizia, perché tranne casi di dolo grave, negligenza e così via, non possiamo pensare che il miglioramento organizzativo si possa fare attraverso quella che io chiamo la "storia breve del processo giudiziario e processo penale" perché il processo penale per definizione affronta la storia breve, non guarda la storia lunga, quella narrativa che è quella che poi caratterizza la genesi e la dinamica di questi eventi complessi. Quindi abbiamo bisogno di uno sperimentalismo istituzionale. La crisi pandemica dimostrerà in maniera molto chiara questo limite, cioè di luoghi dove poter apprendere i giusti insegnamenti degli eventi accaduti affinché questi non si ripresentino o non si ripresentino con la stessa drammaticità. Esempi positivi ci vengono dall'esperienza della medicina riparativa dell'Alta Scuola Federico Stella, di cui il professor Gabrio Forti e la professoressa Claudia Mazzucato sono i principali referenti su questo tema, bisogna forse pensare ad esperienze alternative, come produrre insegnamenti e apprendimenti organizzativi che possono quindi evitare che questi eventi riaccadono, non attraverso soltanto i procedimenti penali o civili.

(Lombardi) Grazie. Credo che il dibattito di oggi ci abbia davvero restituito molto, utile anche perché questa prospettiva interdisciplinare è sempre quella che appaga di più, che permette di vedere i problemi da varie sfaccettature. E proprio grazie all'interazione di queste discipline che poi forse si riesce ad arrivare a delle ipotesi di soluzione se non delle soluzioni.

Emergenza sanitaria e legalità costituzionale

Gianmario Demuro professore
Università degli Studi di Cagliari

(Lombardi) Benvenuti a questa giornata dedicata a scienza medica diritto e salute. Questa mattina abbiamo avuto un interessante dibattito, una tavola rotonda organizzata tra studiosi che hanno fatto il punto della situazione sulla responsabilità medica. Oggi ci dedichiamo più specificamente alle tematiche dell'emergenza sanitaria insieme al professor Gianmario Demuro che è ordinario di Diritto Costituzionale all'Università di Cagliari che si occupa, come dice il titolo della sua relazione, di emergenza sanitaria e di legalità costituzionale. Il quesito che possiamo porre ad un costituzionalista su questo episodio importante del covid-19

evidentemente è un quesito che riguarda le fonti; abbiamo visto come diverse fonti, decreti-legge, i famosi dpcm, ordinanze dei sindaci si sono tutte intrecciate creando problemi di competenze tra varie fonti tra vari livelli di governo.

Volevo chiedere al professor Demuro di dirci secondo lui chi è che verifica la legittimità della fonte deputata a regolamentare questa situazione di emergenza ma soprattutto chi è che verifica il controllo delle scelte politiche che vengono effettuate attraverso questi atti.

(Demuro) I costituzionalisti si interrogano tutte le volte che ci si trova in uno stato di emergenza. Infatti, una delle tematiche più importanti del Diritto Costituzionale è appunto chi decide e come si verificano le scelte nelle emergenze. Una breve premessa sul fatto che la Costituzione italiana non disciplina l'emergenza, sembrerà una cosa strana ma in realtà i costituenti avevano "paura" di disciplinare l'emergenza. Allora l'unico strumento di emergenza vero è la possibilità delle Camere di dichiarare lo stato di guerra che è previsto dall'art.78 nel momento in cui vi sia un effettivo stato di guerra nel quale il parlamento può conferire al governo i poteri necessari. Ecco quindi si capisce già da questa disposizione che, in caso di emergenza, si reagisce attraverso una regolazione che normalmente è in capo ad un organo che può riunirsi rapidamente, che può prendere e fare delle scelte in maniera molto rapida. Il governo già a fine gennaio ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale a seguito di una pandemia che era già stata dichiarata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e allora la prima regolazione è stata fatta mediante un decreto-legge che è lo strumento più rapido per dare una prima disciplina e se vogliamo possiamo distinguere due fasi nella regolazione dell'emergenza. Il primo decreto-legge che aveva attribuito ai Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri tutti gli interventi puntuali, poi con il secondo decreto-legge in realtà le cose si sono rimesse in pari, nel senso che le limitazioni sono state decise direttamente dal decreto legge che è stato convertito in legge entro sessanta giorni dalla sua emanazione.

L'altro tema che si è subito posto è la regolazione da parte dei soggetti territorialmente competenti; la protezione civile, il Ministro dell'Interno il ministro della salute e il ministro dei trasporti e della mobilità. Oltre questi tre soggetti regolatori vi sono quei provvedimenti che possono essere presi sia dai Presidenti di Regione con uno strumento eccezionale chiamato "Ordinanza", sia anche dai singoli Sindaci sempre con uno strumento eccezionale che ha il nome di "Ordinanza". Il sistema è particolarmente vario ma la domanda da fare è: chi controlla il regolatore? Mentre il decreto-legge è convertito dal Parlamento e il Parlamento ha un potere di emendamento, di controllo sul decreto-legge queste "ordinanze" possono essere impugnate soltanto davanti al giudice amministrativo. L'unico strumento per bloccare eventuali illegittimità è il TAR e il Consiglio di Stato. Quindi da un lato abbiamo un controllo democratico necessario e dall'altro lato solamente un controllo giurisdizionale eventuale.

Quindi per un atto regolativo c'è l'interlocuzione del Parlamento (seppur successiva) nell'altro caso anche se si tratta di Dpcm di esecuzione le tutele sono decisamente inferiori, come è inferiore il controllo che non potrà mai essere un controllo fatto dalla corte costituzionale perché non sono atti aventi forza di legge.

In realtà questi atti spesso contenevano delle decisioni che erano dettate dagli organi tecnici. Qui si pone un po' il tema molto importante anche per gli amministrativisti e cioè quello di decisioni politiche che fanno proprie decisioni di tecnici ma allora chi governa? Governa il politico o governa il tecnico? L'Organizzazione Mondiale della Sanità piuttosto che la Commissione di esperti? A chi possiamo poi riferire la responsabilità di una scelta che politicamente fa sua il governo formalmente con un atto e questa invasione della tecnica sulla politica e sulla amministrazione secondo te è certamente da un lato vantaggiosa ma può anche avere delle fronde pericolosità?

La politica deve sempre assumersi le sue responsabilità perché la politica deve essere verificabile dal punto di vista delle scelte che prende e quindi sotto questo aspetto mi viene da fare una citazione che viene riferita a Winston Churchill che diceva sostanzialmente più di 100 anni fa "la scienza deve poter dare delle indicazioni ma non deve essere al vertice" rende bene l'idea che appunto tutto ciò che ha a che fare con delle valutazioni scientifiche, anche diverse da un'impostazione politica, è strettamente collegato al fatto che le scelte le devono fare gli organi costituzionali. Quindi questo tema è sempre stato al limite delle relazioni tra scienza, etica e diritto nella scienza. Quindi alla fine è sempre la politica che deve scegliere in maniera informata, però devi informare anche i cittadini, i cittadini hanno il diritto di essere informati. Anche le vicende della secretazione dei verbali del comitato scientifico mi hanno lasciato molto perplesso anche perché non è possibile apporre il segreto di Stato, lo si può porre su questioni molto delicate e anche per un tempo limitato; ma su questo aspetti io auspico una politica che si prende delle responsabilità per la decisione che prende e sia la più trasparente possibile, altrimenti si perde la dimensione democratica anche delle decisioni con un'informazione costante e verificabile. Spesso la politica insegue anche vicende che non sono supportate da dati scientifici e rispetto alle quali bisognerebbe tirare una linea e dire no, su questo deciderà la Scienza.

(Lombardi) Mi sembra molto interessante quest'ultimo punto sulla verificabilità delle scelte anche a posteriori e quindi sulla trasparenza delle decisioni rispetto alla comunicazione perché in fondo sono scelte che cadono sulla collettività e la collettività deve sapere. Pensiamo solo anche tutte le problematiche di tutela ambientale dove l'accesso ai dati ambientali deve essere aperto a chiunque anche perché ormai la questione ambientale è anche una questione di salute e quindi le scelte dei politici devono comunque essere verificabili e conoscibili sempre. Vorrei chiedere qualche cosa in relazione alla tutela dei diritti fondamentali che in questo periodo in parte ci

sono anche stati limitati penso soprattutto al diritto di circolazione che con il lockdown ci ha tenuti chiusi in casa. come è stata questa limitazione dei diritti dal punto di vista dei costituzionalisti: corretta? dovuta? o ci sono stati sostanzialmente degli abusi? Si poteva trovare qualche via diversa?

(Demuro) Questa domanda è complessa, perché come probabilmente si è visto anche in giro per l'Europa e per il mondo, la limitazione della libertà di circolazione sono state vissute in alcuni casi come un vero e proprio attentato alla libertà. Dal punto di vista costituzionale l'articolo 16 della Costituzione Italiana prevede una riserva assoluta di legge per cui la limitazione di libertà può avvenire esclusivamente per Legge. La scelta di limitare la libertà di circolazione è nel decreto legge, il Dpcm è soltanto un atto esecutivo e si discute anche sul fatto che sia un atto normativo perché è una sorta di regolamento ministeriale che viene utilizzato dal Presidente del Consiglio. Fatta questa premessa la limitazione è possibile, perché l'art. 16 lo prevede in maniera esplicita per cui si possono apporre limitazioni per la tutela della sicurezza delle persone e per la tutela della salute. Quindi, da questo punto di vista non c'è violazione dell'articolo 16 sempre che le misure siano limitate e siano ragionevoli e siano collegate naturalmente allo scopo che si vuole raggiungere. Ma la circolazione è anche al centro delle relazioni europee e bisognerà per forza, nel rispetto delle costituzioni nazionali, pensare anche ad una dimensione di regolazione europea, perché altrimenti ogni Stato chiude e diventa una scelta soltanto Nazionale. Quindi io penso che la circolazione sia stata compressa, ma in maniera ragionevole e accettabile rispetto al parametro costituzionale; diventa meno accettabile quando gli interventi vengono dalle singole regioni perché l'ordinanza della regione si può impugnare soltanto davanti ai giudici amministrativi. Il rischio è l'immagine che a un certo punto si è data di regione molto litigiose che si contrapponevano allo stato ma da questo punto di vista lo Stato deve continuare a fare lo Stato e la competenza in materia di profilassi nazionale e internazionale è interamente in capo allo stato e quindi le limitazioni delle regioni possono intervenire soltanto in attesa che intervenga lo Stato. La cosa che è mancata, probabilmente, è la proporzionalità delle scelte. Nella prima fase si potevano chiudere soltanto alcune aree dell'Italia e lasciarne altre un po' più libere oppure no? Perché questo è un tema che dal punto di vista scientifico sarebbe stato interessante capire, se si fosse intervenuti in alcune aree dove i contagi erano più alti e lasciare più libere altre aree in cui erano di meno. Utilizzando un sistema proporzionato si potevano fare delle scelte più mirate in determinate aree. Ecco su questo le ordinanze possono servire ad integrare una scelta che però è dello Stato.

(Lombardi) Grazie mi sembra centrale anche questo ragionamento sullo scrutinio di proporzionalità che tu hai giustamente messo al centro del tuo ragionamento nel momento in cui si doveva valutare la legittimità di una misura restritti-

va. Questo è un criterio che domina anche l'azione della pubblica amministrazione, un principio che credo nasca nell'ordinamento tedesco per cui non si deve cercare di apportare degli svantaggi al cittadino se non è strettamente necessario farlo, in questo caso evidentemente lo è stato, e soprattutto queste ristrettezze e queste limitazioni devono essere adeguate e proporzionate rispetto allo scopo che si deve raggiungere, in questo caso lo scopo era di tutela di un bene supremo, la Salute. Salute non solo individuale ma anche collettiva. Avrei voluto farti una terza domanda su sull'approfondimento stato-regioni ma siccome tu hai già anticipato il tema e ci hai già dato in un flash molto chiaro e al contempo esaustivo quale è il rapporto in questa difficile situazione tra stato regioni e visto che il tempo a nostra disposizione sta terminando per rispettare la scaletta lo ti ringrazio molto per questo tuo intervento e spero che ci siano altre occasioni per continuare un dibattito su temi così importanti anche su temi sanitari che so che comunque sono un tuo interesse scientifico.

Contagio da COVID - 19 e responsabilità del datore di lavoro nel settore sanitario

Fabrizia Santini professore Università del Piemonte Orientale

I mezzi di informazione hanno diffuso il numero via via crescente dei contagi del personale sanitario durante tutta l'emergenza; un numero che non pare aver subito flessioni, se non quelle legate all'andamento dell'epidemia stessa.

Le condizioni di lavoro non sono "ottimali", financo "pessime", hanno lamentato ordini professionali e sindacati.

Non si tratta solo del fatto che, in forza dell'applicazione dei provvedimenti adottati dal Governo, il personale sanitario è stato obbligato a lavorare nonostante fosse venuto a contatto con persone infette o presentasse sintomi da covid-19.

Vari sindacati, dei medici così come degli infermieri, hanno contestato lo "sconcertante perdurare della mancanza di dispositivi di protezione individuale (dpi), come le mascherine Ffp2, ma anche visiere e camici"; in altre parole, una adeguata protezione del personale chiamato a gestire l'emergenza che consentisse di esercitare il servizio istituzionale senza mettere a repentaglio la propria salute, quella degli altri pazienti e dei colleghi. Tali dichiarazioni hanno anticipato la denuncia di una precisa responsabilità per le infezioni contratte, da medici ed infermieri prevalentemente, in capo alle Strutture sanitarie, datrici di lavoro, divenuta oggetto di esposti firmati un po' da tutte le organizzazioni sindacali oltretutto delle diffide presentate dall'Intersindacale della dirigenza medica e sanitaria e dal Nursing up.

"La mancanza di dispositivi di protezione individuale e il costante trasferimento degli infermieri e degli operatori socio sanitari dai diversi reparti a quelli Covid-19 senza l'adeguata formazione ha prodotto non solo la morte di diversi medici ed operatori sanitari e socio sanitari, ma anche il

contagio al covid-19 di migliaia di operatori sanitari e ... ha provocato forme di contagio tra operatore e paziente e tra operatori nell'ambito dei vari servizi", dichiarano sempre i sindacati.

Da ogni parte è dunque arrivato il richiamo alle "Aziende Sanitarie" a "rispettare le disposizioni di cui al D.lgs. n. 81/2008 e all'art. 2087 c.c. in materia di tutela della sicurezza sui luoghi di lavoro, mettendo a disposizione di tutti gli operatori sanitari in servizio i dpi necessari per garantirne la incolumità".

La normativa emergenziale ha dettagliato e sistematizzato un apposito apparato di sanzioni, che vanno ad aggiungersi a quelle previste dalla legislazione antinfortunistica, per lesioni personali, da gravi a gravissime, e per omicidio colposo, da applicarsi nei confronti delle Strutture Sanitarie in caso di contagio o decesso degli operatori sanitari. Ne è derivato un quadro sanzionatorio composito, di crescente intensità, a seconda della lesione patita dal

dipendente, cui dovremmo aggiungere la responsabilità amministrativa delle persone giuridiche.

Di qui, la sollecitazione a predisporre una tutela della Struttura sanitaria, ma anche dei medici, dei responsabili legali delle strutture, concretizzatasi nella richiesta di uno "scudo", ovvero una protezione totale di tutti i soggetti coinvolti dall'emergenza a fronte di possibili contagi da Covid - 19.

Il legislatore ha risposto a queste richieste con l'articolo 29-bis del cosiddetto "decreto liquidità", d.l. 8 aprile 2020, n. 23, secondo cui: "i datori di lavoro, pubblici e privati, ai fini della tutela contro rischio di contagio da covid-19 adempiono all'obbligo di cui all'articolo 2087 del Codice Civile mediante l'applicazione delle prescrizioni contenute nel protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus negli ambienti di lavoro". La disposizione riconosce ai datori di lavoro, privati e pubblici, che abbiano adempiuto alle prescrizioni contenute nei Protocolli condivisi sottoscritti successivamente alla dichiarazione dello stato di emergenza, in particolare il 14 marzo e il 24 aprile 2020, l'assolvimento degli obblighi loro incombenti ex articolo 2087 c.c.

L'intervento ha invero scontentato un po' tutti coloro che premevano per la definizione di una protezione totale, di un vero e proprio "scudo".

La disposizione infatti ad una prima lettura non sembra aggiungere nulla di nuovo alle prescrizioni dell'art. 2087 c.c. secondo cui i datori di lavoro devono prevedere le misure in materia di salute e sicurezza adeguate al contenimento del virus.

Una riflessione più approfondita è purtroppo in grado di rivelare la reale portata della norma. L'art. 29-bis cristallizza di fatto al momento della sua emanazione le norme e le disposizioni che devono essere rispettate e che si ritengono sufficienti al fine di contenere il rischio di contagio.

Con il che, eventuali possibili azioni giudiziali, per la mancata adozione delle misure necessarie a tutelare gli operatori sanitari nell'esercizio delle loro attività, dovranno in futuro essere risolte con riferimento al rispetto delle misure imposte da quei Protocolli che l'art. 29 richiama.

Tra queste compare invero l'utilizzo di adeguati dpi (mascherine, camici e visiere), a lungo riven-

dicati da associazioni e ordini professionali, ma non disponibili in tempi e quantità sufficienti sul mercato almeno nella prima fase di picco dell'emergenza sanitaria, quando è aumentato esponenzialmente il numero dei contagi tra gli operatori sanitari.

Si è trattato al contempo di un problema oggettivo di approvvigionamento e di scarsità di risorse economiche per le Strutture Sanitarie, che ha inciso anche sull'organizzazione del lavoro.

Ma è proprio in ragione di tali difficoltà oggettive che non si può far altro che escludere la responsabilità penale della dirigenza per i contagi del personale sanitario.

Il diritto penale, in questa prospettiva, potrà assestarsi su due diverse teorie: da un lato, l'inesigibilità della condotta, che porta ad escludere la colpa di chi non poteva agire diversamente; dall'altro l'imprevedibilità/ inevitabilità in concreto degli eventi.

Alla base di entrambe valgono purtuttavia le stesse considerazioni.

Dal mese di gennaio al mese di marzo del 2020 le strutture sanitarie sono state chiamate a gestire una situazione di grave incertezza, nella impossibilità di procurarsi i dpi necessari a causa della scarsità sul mercato e a circoscrivere un rischio pressoché sconosciuto con un incremento costante ed incontrollato di pazienti su cui intervenire.

A fronte di una attività indifferibile e necessaria quale è quella sanitaria, in un momento emergenziale, esclusa la possibilità di sospendere l'erogazione del servizio, la domanda cui non è possibile trovare una risposta resta questa: quale altra condotta sarebbe stata possibile?

Mi pare infine importante soffermare ancora per un attimo l'attenzione su di un ulteriore intervento del legislatore, relativo alla qualificazione dell'infezione da covid-19 come infortunio sul lavoro. L'articolo 42 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 chiama l'INAIL, in caso di accertata infezione da coronavirus, ad assicurare, ai sensi della normativa vigente, la tutela dell'infortunato.

L'INAIL, dal canto suo, con una nota del 17 marzo 2020 ha qualificato i contagi da covid-19 del personale sanitario quali infortuni sul lavoro.

Il dibattito è stato anche in questo caso vivace, incentrato sul binomio "infortunio o malattia"?

L'intervento del legislatore dell'emergenza invero non fa altro che confermare un orientamento giurisprudenziale consolidato in materia di affezioni morbose che derivino da agente patogeno estrinseco di natura virulenta oltretutto quanto disposto con le Linee guida per la trattazione dei casi di malattie infettive e parassitarie di cui alla Circolare INAIL n. 74 del 23 novembre 1995, secondo cui appunto l'infortunio è quell'evento «occorso per causa violenta» - che, nei casi Covid-19, deve identificarsi nell'azione lesiva insita nella virulenza dell'agente.

La tutela predisposta dall'art. 42, come chiarito dalla Circolare INAIL del 3 aprile 2020, n. 13, è indirizzata prevalentemente agli operatori sanitari, in quanto esposti ad un elevato rischio di contagio, ed è celere e certa, non gravando su di essi l'onere probatorio della contrazione della malattia in «occasione lavorativa» grazie all'operatività di

una presunzione semplice di riconduzione del contagio al rischio professionale specifico dell'attività.

L'Inail ha riconosciuto tre diversi casi: il primo, i lavoratori ad elevato rischio di contagio, cioè il personale sanitario, per i quali opera la presunzione di contrazione dell'infezione nel luogo di lavoro; il secondo, i lavoratori che sono a contatto diretto con l'utenza, nei quali può essere ricondotto anche il personale ospedaliero che abbia mansioni diverse da quello

sanitario; il terzo, i lavoratori che svolgono altre attività, per i quali non è escluso di poter vedere riconosciuto il contagio da covid-19 come infortunio, ma nei cui confronti non opera alcuna presunzione. Questi ultimi, invertendo la prospettiva da cui siamo partiti, devono provare di aver avuto un contagio sul luogo di lavoro e quindi a causa del lavoro secondo la procedura ordinaria, che privilegia la valutazione del dato epidemiologico clinico-anamnestico e circostanziale.

La circolare precisa infine, un altro punto importante ai fini della nostra indagine sulle responsabilità datoriali, che dal riconoscimento del contagio come infortunio non discende comunque automaticamente il riconoscimento della responsabilità civile o penale in capo al datore di lavoro, quindi della Struttura sanitaria.

Il delitto di epidemia al tempo del COVID - 19

Alessandro Provera avvocato

Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano

(Lombardi) Benvenuti a quest'ultimo collegamento che chiude questa giornata dedicata a scienza medica, diritto e salute. È nostro gradito ospite l'avvocato Alessandro Provera che è uno dei componenti del Comitato Scientifico del Centro Studi Cura e Comunità sulle Medical Humanities che ha organizzato questo convegno e fa anche parte dell'Alta Scuola di Giustizia Penale Federico Stella dell'Università Cattolica di Milano. Uno studioso di diritto penale quindi il suo intervento sarà concentrato come suggerisce il titolo sul delitto di epidemia al tempo del covid-19. Ti cedo quindi la parola.

(Provera) Intervengo in qualità di penalista e vorrei parlare di un altro profilo relativo alla responsabilità penale che è per l'appunto la possibilità di integrare il delitto di epidemia che è previsto dal nostro Codice Penale all'articolo 438 e poi in forma colposa all'articolo 452 del Codice Penale. È uno spazio autonomo di riflessione perché chiaramente non riflettiamo solamente sulla possibilità di una responsabilità penale da parte dell'operatore sanitario bensì anche di qualsiasi singolo e privato cittadino che può rendersi responsabile del delitto di epidemia. Per introdurre il discorso bisogna dire che in quest'epoca di coronavirus il diritto penale è stato una delle armi che più spesso è stata invocata e spesso a sproposito quindi per reagire diciamo la situazione di emergenza il

vero “signore” secondo alcuni nello stato di emergenza veniva considerato il diritto penale. Io mi ricordo i primi giorni dell'epidemia, quando non si conosceva ancora bene la vastità dell'epidemia, che poi si è trasformata in pandemia, e alcuni articoli di giornale incominciavano già a individuare tutti i reati che potevano essere integrati da parte di coloro che violavano le prescrizioni imposte dal governo oppure che si sottraevano ad obblighi di quarantena e devo dire che, se non fosse stato tragico il momento, era abbastanza spassoso vedere questo catalogo di reati perché alcuni erano di difficilissima integrazione se non addirittura alcuni erano dei veri e propri svarioni giuridici. Per esempio si affermava che colui che usciva di casa e, soggetto ad un obbligo di quarantena perché ritenuto positivo, poteva essere considerato responsabile di omicidio colposo se non addirittura di omicidio doloso. Non bisogna essere giuristi per capire come sia una abnormità tutto questo, tuttavia si è ritenuto, anche e ci saranno i primi processi perché sappiamo che ci sono delle indagini a tal proposito, che possa essere integrato e adesso vediamo a che titolo il delitto di epidemia. Quindi possiamo dire che il diritto di epidemia è stato menzionato come uno dei possibili reati integrabili in quella che veramente è stata perlomeno all'inizio dell'epidemia un'epidemia di diritto penale, perché erano tantissime le fattispecie che venivano menzionate, come abbiamo visto alcune a sproposito come i due tipi di omicidio colposo o doloso. L'epidemia è un reato poco frequentato dalla giurisprudenza sia nella sua forma dolorosa di cui all'art. 438 del Codice Penale sia nella sua forma colposa di cui all'art. 452. La giurisprudenza è minima in questo senso, possiamo infatti ricordare ad esempio che l'ultimo gruppo di sentenze che si sono pronunciate su questo reato riguardavano la specifica possibilità che il soggetto affetto da virus HIV potesse essere considerato responsabile anche del reato di epidemia qualora avesse avuto un numero elevato di rapporti sessuali con la possibilità di contagiare una vastissima platea di soggetti. Però, per capire come questo reato possa essere applicato anche nella nostra situazione di pandemia, bisogna partire dalla norma perché è una norma che presenta un certo grado di complessità. Se prendiamo l'articolo 438 del Codice Penale si legge “chiunque cagioni un'epidemia mediante la diffusione di germi patogeni è punito...” e poi segue la pena che viene prevista da parte del legislatore. Vediamo subito che innanzitutto questo è un reato a forma vincolata perché l'epidemia deve essere necessariamente trasmessa con trasmissione di germi patogeni. Cosa vuol dire un reato a forma vincolata? Non vorrei essere troppo critico nel linguaggio che abbiamo utilizzato, forma vincolata vuol dire che il reato può essere realizzato con una sola condotta, in questo caso è per l'appunto la trasmissione di germi patogeni. Detto questo, una parte della giurisprudenza riteneva, peraltro, che il soggetto dovesse essere in possesso di questi germi patogeni, come per esempio di una particolare sostanza che poteva trasmettere una determinata malattia. Se dovessimo accedere ad una tale impostazione chiaramente non potrem-

mo applicare la fattispecie di cui all'art.438 nel caso di un virus, perché non possiamo pensare che il soggetto affetto da un virus sia il possessore, “il titolare”, del virus stesso anche se questa è un'ipotesi ormai scartata dalla gran parte della giurisprudenza, cioè anche la trasmissione di un virus potrebbe integrare questa condotta che appunto è la condotta prevista dall'articolo 438 del Codice Penale. Però c'è un altro problema e qua affrontiamo la questione secondo me più spinosa e che comunque richiama tutti i discorsi che sono stati fatti anche stamattina sul rapporto tra diritto e scienze perché questo è un reato che tecnicamente in linguaggio penalistico si chiama “reato di evento caratterizzato dal pericolo”. quindi che cosa significa? Vuol dire che ci deve essere un contagio primario e un contagio secondario. Cosa vuol dire contagio primario? Che una persona che ha un virus trasmetta quest'ultimo ad un certo determinato numero di soggetti, però questo non basta perché questa trasmissione deve avere una tale violenza da determinare per l'appunto un pericolo per un numero di soggetti ancora più elevato. Quindi da un lato c'è un contatto primario, la trasmissione del virus a soggetti, e la possibilità, quindi il pericolo, di trasmissione del virus ad altri determinati soggetti. Quindi vedete che questa è una fattispecie assai complessa perché, anche a prescindere dalla condotta a forma vincolata, vi sono due aspetti che bisogna accertare e tra l'altro che il giudice deve accertare oltre ogni ragionevole dubbio, secondo la regola probatoria del processo penale che leggiamo nell'articolo 530 del Codice di Procedura Penale e nell'articolo 533 del Codice di Procedura Penale, innanzitutto che il soggetto abbia trasmesso la malattia a un determinato numero di soggetti, e badate bene che la prova come richiede l'accertamento del nesso causale nel diritto penale, deve essere una prova particolare cioè non possiamo dare per presupposto che a un numero indefinito di soggetti sia stato trasmesso il virus ma bisogna cercare che sia stato trasmesso a soggetti specifici e bisogna farlo con le regole dell'accertamento del nesso causale. Quindi eliminando mentalmente la condotta della gente bisogna chiedersi se un altro soggetto avrebbe contratto il virus o se non l'avrebbe contratto, e questo bisogna farlo sulla base di leggi scientifiche come appunto ha insegnato la dottrina da Federico Stella in poi. Tuttavia questo sembra un difficilissimo accertamento se ci poniamo nell'ottica della nostra quotidianità e quindi della pandemia perché non sappiamo tutt'ora, anche se il virus è molto più studiato, come si propaga e con quali modalità. Soprattutto rischieremo che la regola probatoria nell'ambito del processo penale quella del “oltre ogni ragionevole dubbio” non ci consentirebbe di arrivare ad un accertamento senza ragionevole dubbio. Per non parlare poi della seconda questione che deve essere affrontata in sede giudiziale che è la possibilità che il virus si trasmetta ad altre persone oltre a quelle direttamente contagiate dal soggetto portatore del virus. Anche in questo caso il giudice sarebbe tenuto a valutare in concreto se effettivamente questa condotta ha avuto la capacità di portare a questa possibilità di contagio. Come

vedete dunque la struttura di questa fattispecie diventa molto complessa dal punto di vista dell'accertamento e probabilmente è una fattispecie difficilmente applicabile in un contesto come quello in cui viviamo e soprattutto in riferimento ad una che si conosce meglio sicuramente che all'inizio del 2020 ma non ancora del tutto soprattutto nei suoi sviluppi causali e individualistici. Per non parlare poi di un ultimo aspetto molto importante e tutt'altro che secondario sempre legato a questo delitto che è l'aspetto dell'elemento soggettivo perché questo delitto può essere un delitto doloso (art. 438) o un delitto colposo art. 452. Vedo dura la possibilità di una contestazione ai sensi dell'art. 438 perché dovrebbe essere almeno contestato in forma di dolo eventuale e quindi con l'accettazione del rischio di determinare un evento e a delle dimensioni epidemiologiche come stabilito dall'articolo 438. Anche in forma colposa esistono però alcuni aspetti che devono essere affrontati che sono problematici perché il soggetto dovrebbe essere innanzitutto consapevole del proprio stato di malattia e dovrebbe prevedere la possibilità di infezione di altri soggetti senza tuttavia accertare. Dovrebbe peraltro esserci anche l'inevitabilità dell'evento verificato, cioè che l'evento non si sarebbe potuto verificare in altro modo. Quindi vedete che questo reato, che pure è stato considerato a pieno titolo tra quelli applicabili in questo contesto, è difficilmente applicabile. Bisogna dire che la giurisprudenza fino a prima dell'epidemia di coronavirus pensava, riteneva ed affermava che un evento come quello descritto dall'articolo 438 e quindi anche dall'art 452 del Codice Penale non potesse peraltro verificarsi mai all'interno di una struttura sanitaria o parasanitaria. Per quale motivo questo? Perché se è vero quello che abbiamo detto fino ad ora che ci deve essere un contagio primario e quindi aver infettato un determinato numero di persone e che questa infezione può avere come capacità di propagarsi in un numero elevatissimo di persone, la giurisprudenza concludeva che ciò è impossibile in una struttura che è necessariamente ristretta come un ospedale o come una casa di cura. Questo è un orientamento che non so fino a che punto potrà reggere alla base della giurisprudenza contemporanea ma una lettura rigorosa della norma di cui all'articolo 438 non penso possa portare a delle interpretazioni diverse rispetto a quest'ultima che vi ho detto della giurisprudenza costante. Vorrei parlare di un altro aspetto che potrebbe riguardare direttamente la responsabilità del sanitario e quindi interrogarsi sulla possibilità di applicazione di questa fattispecie di epidemia nell'ambito interno di una struttura sanitaria. Perché in giurisprudenza ci si è chiesto "è possibile rispondere a livello omissivo del delitto di epidemia, e quindi può essere contestato l'articolo 40, comma secondo, del Codice Penale con l'articolo 438 del Codice Penale?" La risposta che ha dato fino ad ora la giurisprudenza è che ciò sia impossibile perché da dottrina e giurisprudenza pacifica l'articolo 40, comma secondo, non è applicabile per tutti quei reati che sono a forma vincolata e come abbiamo detto prima l'epidemia di cui all'articolo 438 è un reato a forma vincolata. Stando a questa

giurisprudenza e a questa interpretazione, se ad esempio il sanitario omette un determinato controllo e questo controllo determina l'evento descritto dall'articolo 438 non potrebbe rispondere di epidemia dal punto di vista omissivo e cioè quindi con il combinato disposto dagli articoli 40 e 438. In conclusione capite che anche questo delitto di epidemia, così sbandierato alle volte e per cui pendono già processi, è di difficile applicazione nel nostro contesto soprattutto nell'ambito di strutture sanitarie o anche di case di cura. Pertanto si può concludere dicendo che difficilmente le nostre conoscenze scientifiche attuali possono permettere l'applicazione di questo delitto chiamato appunto il "delitto dell'untore".

(Lombardi) Grazie. L'elemento soggettivo cui tu facevi riferimento per questo delitto di epidemia anche a livello colposo evidentemente forse tira fuori tutte quelle persone che sono positive asintomatiche e non sanno di avere questa malattia. Per questo tipo di persona credo che sia difficile da provare l'elemento soggettivo. La seconda domanda: tu parlavi della necessità di questo contagio primario che dovrebbe infettare un numero indeterminato di persone e possibilmente numeroso, ti chiedo la pericolosità di questa nuova malattia, di cui non si hanno ancora evidenze scientifiche e cure specifiche, potrebbe limitare il fatto che la responsabilità si inneschi comunque, vista la pericolosità del male, anche se la trasmetto a una sola persona? Più è alto rischio e io possa avere delle lesioni o il rischio di morte e meno si abbassa il numero di persone che dovrei contagiare per essere in qualche modo ritenuto responsabile di questo delitto. Questo può avere un senso?

(Provera) Sicuramente concordo con te per quanto riguarda quello che dicevi prima, bisogna sempre fare molta attenzione al soggetto di cui stiamo parlando perché anche la responsabilità di tipo colposo è una responsabilità non così scontata in questo contesto perché se tu hai un soggetto asintomatico difficilmente potrebbe essere considerato responsabile di questo delitto di epidemia anche dal punto di vista colposo. Dall'altro punto di vista hai ragione anche se penso che non si supererebbero i problemi di accertamento dal punto di vista causale e dal punto di vista penalistico nel senso che avremo sempre e comunque la necessità di stabilire che un contagio primario c'è stato, e di accertarlo oltre ogni ragionevole dubbio, e poi il giudice sarebbe chiamato altresì ad adottare un giudizio classico dei reati di pericolo concreto che è quello di valutare se poi in concreto questa condotta ha avuto la potenzialità di infettare un numero indeterminato di persone. E questa è una prova molto difficile perché soprattutto in una situazione pandemica dire che la condotta del singolo sia stata solo quella ad aver avuto la capacità di infettare un numero indeterminato di persone, diventa una prova abbastanza difficile da fornire. Tutto quello che stiamo dicendo, ci tengo a sottolinearlo, deve essere valutato dalla giurisprudenza perché come ben sappiamo esistono già i primi procedimenti e ne esiste tra l'altro uno in provincia di Foggia di un

medico che ha ommesso un controllo e si pensa che sia sottoposto ad indagini, proprio per questo motivo si vedrà la giurisprudenza come risponderà a questi problemi. Quello a cui tiene un penalista è che però le categorie che non sono mai strutture avulse dalla realtà e soprattutto senza una precisa finalità non vengano flessibilizzate in ragione di quella necessità di cui si parlava in apertura del nostro convegno. Per esempio se noi vedessimo una flessibilizzazione dello standard probatorio del diritto penale cioè quindi "dell'oltre ogni ragionevole dubbio", questa possibile flessibilizzazione sarebbe da denunciare perché quella regola non è una regola astratta ma posta a tutela dell'innocente che è la finalità principale del diritto penale per evitare che appunto soggetti possano essere condannati senza la certezza della loro responsabilità.

(Demuro) Ne sappiamo abbastanza dal punto di vista scientifico per attivare delle norme così dure come il diritto penale o la responsabilità del datore di lavoro? Perché questo tema che è stato prima ripercorso sulla evoluzione della Conoscenza Scientifica, da gennaio ad oggi abbiamo delle conoscenze che sono evidentemente enormemente diverse rispetto alla primissima fase; abbiamo i DPI che prima non avevamo, protocolli per reagire alla pandemia. Questa voglia da un lato di usare il diritto penale a prescindere, vi ricordate che c'era anche una sanzione penale nella primissima fase che per fortuna poi è venuta meno perché era in violazione dell'articolo 25 della Costituzione, poi si è andati verso una sanzione amministrativa, questo è il tema che secondo me ci deve aiutare in futuro perché una cosa che non ho detto quando parlavo del Diritto delle emergenze è che l'emergenza bisogna sempre regolarla prima il più possibile. Ma questo è un errore dal punto di vista di un sistema Costituzionale che deve programmare anche l'emergenza e su questo punto vorrei sentire la vostra opinione cioè come si può utilizzare categorie tradizionali per affrontare un fenomeno che ancora non si conosce abbastanza; finisco con una battuta: non vorrei arrivare al paradosso del Comitato dell'Aquila che fu condannato perché non aveva previsto il terremoto.

(Santini) due battute ispirata appunto dal rimando fornito. Il fatto che si sia inteso regolamentare con l'articolo 29-bis e cristallizzare le misure di sicurezza previste come il parametro a cui misurare la diligenza nell'adempimento dell'obbligazione di sicurezza del datore di lavoro ad un dato momento che era il momento iniziale dell'epidemia, da in parte risposta alla sollecitazione che lei ci ha fornito, cioè no. Non si è certi della conoscenza a cui si potrà arrivare di questo virus, non si è certi dell'andamento della conoscenza. Forse si prospetta che la conoscenza proseguirà in maniera molto veloce e si è inteso evitare che, condotte risalibili ai primi momenti della pandemia, possano essere giustiziate con conoscenze bene approfondite di un prossimo e forse non troppo lontano futuro. Dal punto di vista emergenziale, mi sono imbattuto in una pronuncia della corte costituzionale che ha ammesso comunque che

"di fronte a grandissime emergenze è consentita l'adozione di misure insolite purché temporalmente limitate". Ho richiamato questa sentenza perché nel momento in cui è emersa la problematica dell'inquadramento del contagio da covid-19 come malattia o infortunio, si è inteso perseguire la strada del diritto emergenziale dell'eccezionalità dicendo che si fa riferimento nel nome da istituti classici ma che in realtà assume una connotazione, una disciplina completamente eccezionale dovuta proprio alle emergenze. Utilizziamo una categoria che noi abbiamo sempre utilizzato ma in maniera innovativa. E, chi ha avanzato obiezioni a fronte di questo utilizzo di categorie solite conosciute del diritto del lavoro, è stata appunto posta come freno proprio questa tendenza della corte costituzionale che consente misure insolite purché temporalmente limitate.

(Lombardi) Grazie Fabrizio, allora darei la parola ad Alessandro per la puntualizzazione alle osservazioni di Gianmario Demuro.

(Provera) Più che una puntualizzazione è un intervento adesivo perché mi trovo particolarmente d'accordo su molti aspetti e non ho voluto parlare precedentemente perché l'argomento era esaurito dall'intervento del professore Demuro sul primo ricorso al diritto penale nell'ambito della pandemia e di cui mi sono occupato peraltro in un libro recentemente edito a cura del professore Forti è si intitola "Le regole e la vita" che appunto nel ricorso all'articolo 650 del codice penale che già di per sé e norma discussa nella sua tassatività perché sembra quasi una norma penale in bianco perché punisce chi disobbedisce ad un ordine impartito dalla pubblica autorità però, del contenuto dell'ordine, l'articolo 650 non fa menzione e quindi si pone in contrasto con l'articolo 25 già di per sé; se poi stavamo a vedere quali fossero gli obblighi imposti dalle autorità con i vari DPCM o con le varie Ordinanze Regionali, il conflitto con l'articolo 25, comma secondo, si acuisce in modo esponenziale per il semplice fatto che innanzitutto erano oscuri alcuni degli obblighi imposti o di difficile interpretazione come il riferimento alla funzione di "prossimo congiunto" che tanto ha fatto parlare la dottrina. Ma poi c'è un altro aspetto molto problematico che era la compatibilità con il principio di legalità visto che non era assolutamente detto che gli obblighi imposti a livello regionale fossero sempre omogenei sul territorio nazionale. Sappiamo che la prescrizione penale da dottrina e giurisprudenza dovrebbe appunto essere uniforme sul territorio nazionale e non parcellizzata a livello regionale e quindi il 650 era davvero una scelta poco corretta anche perché se ci mettessimo nell'ottica di una funzione deterrente dell'articolo 650, lo stesso determinava, come ben sanno e gli addetti ai lavori, una contravvenzione oblazionabile e quindi con il pagamento di una piccola somma di denaro e il reato si sarebbe estinto. Se si leggevano i giornali di quell'epoca si vedeva che erano state contestate tantissime violazioni dell'articolo 650 e tutte queste violazioni porteranno sicuramente ad una richiesta di archiviazione, però comunque il procedimento è nato e tutti questi procedimenti

ingolferanno le aule di giustizia e comunque il tribunale. Tra l'altro c'è un piccolo aspetto che adesso non tratto perché è molto specifico cioè della successione tra la sanzione penale e la sanzione amministrativa, cioè la sanzione continua può essere erogata lo stesso però in certi determinati limiti perché entro questi si è ritenuto da parte del legislatore di non violare il principio di legalità per quanto riguarda le sanzioni. Però diciamo che è un po' più di tempo per affrontarlo. Questo che citava il prof. Demuro è l'esempio di un utilizzo del diritto penale abbastanza isterico perché viene considerato la prima cosa che si trova sotto mano e poi si scopre che è tutt'altro che efficace, tutt'altro che deterrente. Infatti non aveva assolutamente alcuna capacità deterrente. Molti che venivano intervistati in strada e quei giorni dicevano "ma quanto dobbiamo pagare per poter circolare lo stesso?" questa era l'efficacia deterrente della sanzione penale. Poi invece di ben altra importanza la seconda considerazione, nel senso che ha toccato il punto centrale di tutta la questione il prof. Demuro, nel senso che bisogna interrogarsi se le conoscenze scientifiche possono incidere anche a livello processuale e qua la risposta non è scontata perlomeno sul versante penalistico. Nel senso che, come noto, l'accertamento causale è un giudizio che il giudice fa al momento della celebrazione del processo e quindi la fa sulla base delle conoscenze che ha al momento della celebrazione del processo quindi non è assolutamente detto che nel momento della celebrazione del processo ci possono essere

conoscenze scientifiche che permettano l'accertamento del nesso causale. Tuttavia da qui a dire che ciò porti ad una responsabilità da parte del singolo non è corretto, nel senso che poi bisognerebbe, penalisticamente parlando, procedere all'accertamento dell'elemento soggettivo e, per esempio per quanto riguarda l'accertamento della colpa, è noto che l'accertamento della colpa sia un giudizio che viene effettuato al momento in cui viene tenuta l'azione da parte del soggetto. Pertanto, se il soggetto non aveva determinate conoscenze in quel momento, non gli si può muovere un rimprovero a titolo di colpa e tuttavia nel momento in cui si evolverà la coscienza può anche cambiare l'esito di determinati giudizi come abbiamo già visto in materia penale nell'ambito di alcuni processi a celeberrimi, per esempio da malattie professionali, dove il nesso causale veniva accertato sulla base di conoscenze ben successive al momento in cui era stata tenuta alla condotta.

(Lombardi) Allora a questo punto non mi resta che passare ai saluti ma prima di tutto ai ringraziamenti per questo pomeriggio denso e ricco di spunti di riflessione. I nodi su queste tematiche importanti sono per certi versi ancora irrisolti e questo fornisce forse l'occasione per darvi appuntamento alle prossime iniziative che è il nostro Centro Studi vorrà organizzare e in cui Vi vorremmo di nuovo avere come nostri graditi ospiti. Grazie.